HALK SAĞLIĞI'NA GİRİŞ

Nusret H. FİŞEK

HALK SAĞLIĞI'NA GİRİŞ

Prof. Dr. Nusret H. Fişek

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı

Ankara, 1983

Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma
ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No : 2

Çağ Matbaası'nda basılmıştır.

Eşim Perihan'a

ÖNSÖZ

**Hayatta en hakiki mürşit ilimdir.
İlim ve fennin gösterdiği yol dışında
hareket cehalettir, delalettir, hıyanettir.
Atatürk**

İyi bir hekimin Sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresinde de başarılı olacağı yanılgısı yaygındır. Sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresi felsefe ve yöntem bakımından hasta tedavisinden ayrı bir konudur. Bu nedenle sağlık hizmetlerini ilim ve fennin gösterdiği yolda geliştirebilmek için halk sağlığı konusunda eğitim ve araştırma yapan merkezler kurmak, bilim adamı ve teknik yönetici yetiştirmek zorunluğu vardır. Ülkemizde son 25 yılda Halk Sağlığı Alanında kayda değer gelişmeler oldu. Kadın ve Erkek birçok bilim adamı yetişti. Bununla beraber ülkemizde bir bilim olarak Halk Sağlığı halâ emekleme dönemindedir. Halk Sağlığı alanında daha çok bilim adamına, bilimsel yönetimi bilen yöneticiye ve toplum hekimliği görüşünü benimsemiş hekime, hemşireye ve ebeye gereksinim vardır.

Bu kitap 1966 yılında yazdığım ve 4 - 5 kez mimeograf ile basılan «Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi» adlı kitabın yeniden yazılmış bir şeklidir. Bu kitabı yazarken amacım Halk Sağlığı konuları ile ilgilenen öğrenci, hekim ve yöneticilere Halk Sağlığı felsefesini ve konularını tanıtmak ve bu konularda daha fazla bilgi almak isteyenlere yol göstermektir. Bu kitabı inceleyenler bazı bölümlerin çok kısa ve bazılarının göreceli olarak ayrıntılı olduğunu göreceklerdir. Bunun nedeni konulara verdiğim önem farkından veya ayrıntıların konuya özel kitaplarda yeterli ölçüde sunulmuş olmasındandır.

Bu kitapta sunulan konularda daha ayrıntılı bilgi isteyenlere yardım için de, gerekli kaynaklardan önemli saydıklarımı kitabın kaynaklar bölümünde sundum.

31 Mart 1983

Nusret H. Fişek

İÇİNDEKİLER

Sahife

DÖRDÜNCÜ KİTAP

Türkiye'de ve Dünya'da Sağlık Hizmetleri

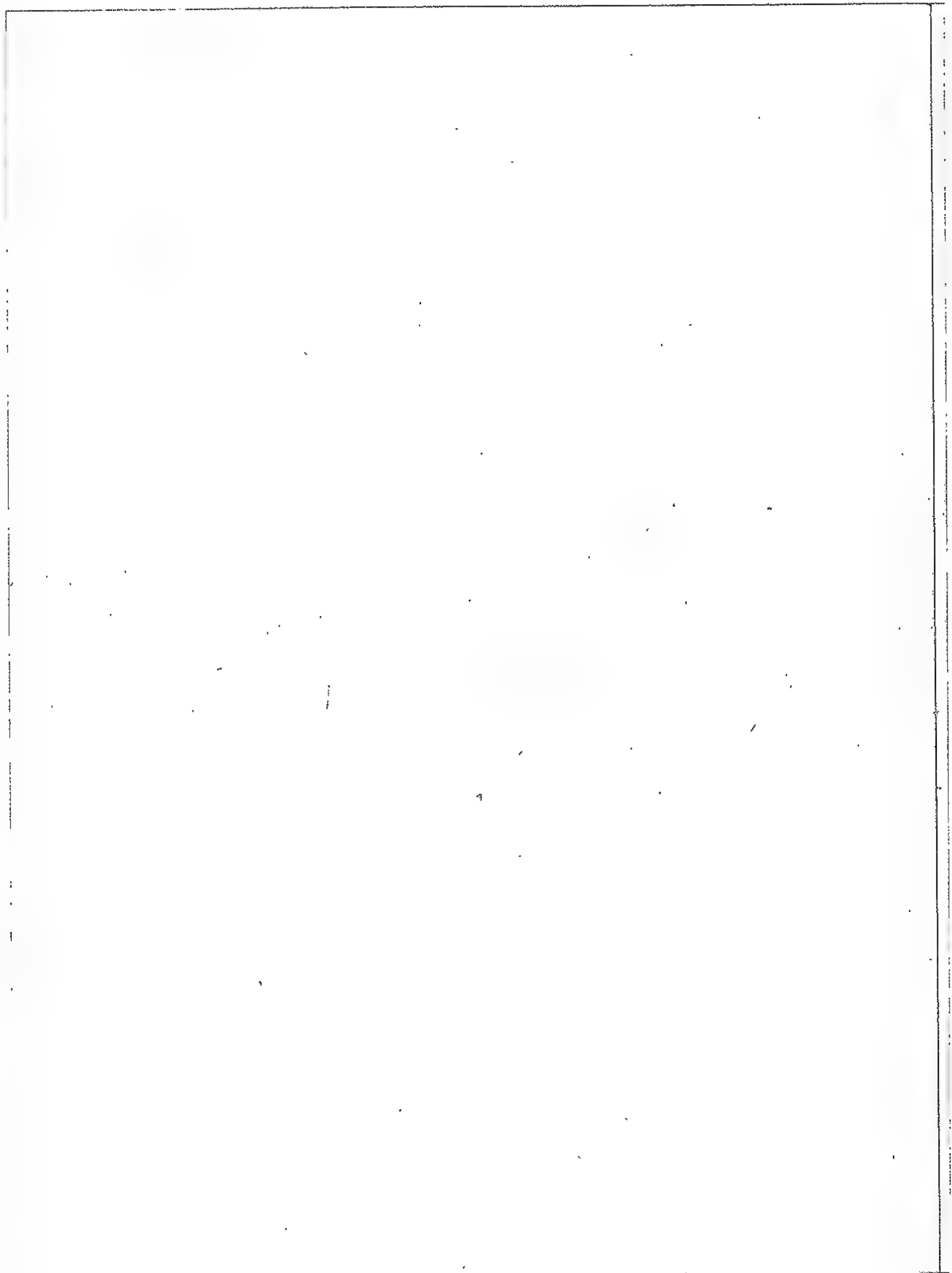
EKLER

TABLOLAR

Sahife

ŞEKİLLER

Sahife



I. HASTALIK ve SAĞLIK

Sağlığın Tanımı :

Sağlık çoğunluk ile hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak bu tanımlama bugünkü görüşlerin gerisinde kalan bir tanımlamadır. Birleşmiş Milletler'in bir kurumu olan Dünya Sağlık Örgütünün ana yasasında «Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir» diye tanımlanmıştır. Sağlık ile ilgilenen herkesin, özellikle yöneticilerin, bu tanımlamayı bütün boyutları ile kavraması gerekir. Tanımlamanın en ilginç yönü de sağlığın sosyal iyilik hali ile koşullanmasıdır. Gerçekten sosyal zorlar (stress) sağlığın yitirilmesinde önemli bir etkendir.

Hekimlik ve Kişi Açısından Hastalık :

Sağlık kavramı ile hastalık kavramı daima çağırışım yapar. Bu nedenle sağlık ile birlikte hastalığı da tanımlamak gerekir. Hastalığın hekimce tanımı şöyledir : «Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir». Bu tanım biolojik anlamda doğru ve doyurucudur. Ancak hastalık sadece biolojik bir süreç değildir. Aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık sayılan bir olgunun diğer bir toplumda hastalık sayılması gerekmez. İlkel kültürlerde hastalığın ölçütlerinden biri kişinin kendisinden beklenen işi yapıp yapamamasıdır. Bir kişi ishal olabilir, öksürür veya nezledir. Bu durum kendisinden beklenen işleri yapmasına engel değil ise kişi kendini hasta saymaz, etrafındakiler de onu hasta saymaz. Bir diğer ölçüt de hastalığın yaygınlığıdır. Herkesin bitli olduğu, hatta trahomlu olduğu, bir toplumda bitlenme veya trahom hastalık sayılmaz.

Afrika kabilelerinde yapılan incelemelerde sıtma, verem gibi çok ağır hastalıklara yakalananların bile hasta sayılmadıkları ve bunların diğer kişiler gibi günlük işlerini yaptıkları görülmüştür. Bu kişiler günlük işlerini yapamayacak duruma gelince toplumdan atılarak ölüme bırakılırlar. Bir toplumun kültür düzeyi ve ekonomik gücü yükseldikçe hasta sayılma eşiği düşer ve biolojik hastalık tanımına yaklaşır.

Sağlık ve Hastalık Düzeyleri :

Sağlık ve hastalık hem kişi, hemde hekimlik yönünden aynı düzeyde ve ağırlıkta olan olgular değildir. Hastalıklar hafif bir hastalıktan öldürücü bir hastalığa kadar çeşitli düzey ve ağırlıkta olabilir. Aynı durum sağlık içinde söz konusudur. Sağlıkta farklı düzeyleri kavramak hastalığa kıyasla daha zordur. Bunu açıklamak için iş verimi bir boyut olarak alınabilir. Bir kişi ne kadar sağlıklı ise iş verimi o kadar artar. İyi beslenmeyen bir işçinin iş veriminin düşük oluşunun nedeni sağlık düzeyinin düşük oluşundandır. Bu nedenle hastalıklardan korunma yanında sağlığın geliştirilmesinden de söz edilir. Sağlığı geliştirme (promotion of health) kişinin sağlık düzeyini yükseltmektir.

Sağlığın Değeri :

Genellikle insanların sağlıklarına önem verdikleri sanılır. Bu doğru bir yargı değildir. İnsanlar hasta oldukları, ölümden korktukları zaman sağlıklarına önem verirler. Kanuni Sultan Süleyman çok söylenen «Halk içinde muteber nesne yok devlet gibi - Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi» iki dizili koşuğunu hasta iken yazmıştır. İnsanların davranışlarını sağlıklarını ön plana almadan ayarladıklarını gösteren yüzlerce örnek vardır. Harman zamanı hastalanan çiftçi, çalışabildiği sürece, harmanı bırakıp doktora gitmez. Tek başına kalmış hasta ve yaralı bir kişi yiyecek bulmak için çaba harcar. Barınacak bir yer bulma veya barınağı koruma güdüsü sağlığı koruma güdüsünden kuvvetlidir. Sağlıktan daha ağır basan bir güdü de «zevk alma» güdüsüdür. Zevk alma için sağlığını, hatta hayatını tehlikeye atanlar çoktur. Değil hiçbir hastalığı olmayanlar arasında —kalp hastaları arasında da zararını bile bile— sigara içenler vardır.

Sağlığın yiyecek sağlama, barınak bulma ve zevk almadan sonra

geliği toplumsal yönden de geçerlidir. 1963 yılında Devlet Planlama Örgütü'nün köylerde yaptırdığı bir araştırmada köylülerin ancak yüzde 7'si köylerine sağlık hizmeti getirilmesini istemiştir.

Hasta ve Hekim Açısından Hastalığa Verilen Önem :

Sade insanın değil tüm hayvanların en kuvvetli güdüsü «yaşama güdüsü» dür. İnsan hastalanınca, yaşamının tehlikeye düştüğünü hisseder ve yaşamak, biraz daha yaşamak için, her şeyini verebilir. Kendisine bu durumda yardım edebilecek kişi de sadece hekimdir. Bu durum meslek ahlâkı yönünden kritik bir durum yaratmakta ve hekimliği fazla kazanç yolu sayanların hastaları sömürmesine yol açmaktadır.

Bu nedenle hekimin kamu görevlisi olması ve Devletin vereceği ücret karşılığı hastaları tedavi etmesi veya Tabipler Birliği'nin hasta - hekim ilişkişini etkin bir biçimde kontrol etmesi meslek ahlâkı yönünden zorunlu çözüm yollarıdır.

Hastalıklara kişi yönünden bakarken hatırda tutulması gereken bir nokta da, kişi için en önemli hastalığın kendisi veya yakınının hastalığı olduğudur. Konuya hekim açısından bakarsak genellikle hekim'erin teşhis ve tedavisi güç ve yüksek teknolojiyi gerektiren hastalıkları önemli saydıklarını görürüz. Bu iki farklı görüş arasındaki çelişkiyi bilmek hekimlik uygulamaları yönünden önemlidir. İyi bir hekim her hasta ile yakından ilgilenmeli olguları kendi değer hükümleri ile değil hizmet ettiği kişinin değer hükümleri ile değerlendirmelidir. Örneğn; pnömoni kolay teşhis ve tedavi edilen bir hastalık olduğundan hekim açısından ne ilginç ve ne de önemlidir. Çocuğu pnömoni olan bir anne için ise en önemli bir hastalıktır. Daha doğru bir deyim ile anne için önemli olan çocuğun hayatıdır. Bu nedenle hekim bir hastane polikliniğinde olsa bile çocuğa ve onun hastalığına çok önem verdiğini anneye gösterme zorundadır.

Hastalık Nedenleri :

İnsanoğlu düşünmeye başladığı zamandan beri çevresindeki olguların nedenlerini aramıştır. Hastalıklar da bu olgulardan biridir. İnsanlar bir olgunun nedenini bulamayınca daima bunu doğaüstü güçlere bağlarlar. Hastalıklarda —özellikle salgın hastalıklarda da— bu böyle ol-

muş, çağlar boyu hastalıkların nedeninin tanrıların kızması, büyü ve nazar gibi etkenler olduğu kabul edilmiştir.

Hipokrat'ın bilimsel hekimliğin kurucusu olarak kabul edilmesinin nedeni hastalıklara bünyedeki kan, sarı safra, kara safra ve balgam arasındaki dengenin bozulması veya dış fizik etkenlerin neden olduğu görüşünü savunmasıdır. Hipokrat ve ondan sonra onun görüşünü savunan hekimlerin bu düşünceleri bir sezi idi. Bilimsel olarak saptanan bir gerçek değildi ve çoğu kez —Hipokrat'ın denge düşününde olduğu gibi— yanlıştı. İlk kez nedeni bulunan hastalıklar beslenme hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklardır. Bugün hastalık nedenleri konusunda bilgilerimiz çok genişlemiş olmasına rağmen çok önemli bazı hastalıkların —örneğin arteriosklerozun— nedenini kesin olarak bilmiyoruz.

Bugünkü bilgilerimize göre, hastalık nedenleri önce iki gruba, sonra altı gruba ayrılmaktadır.

Bünyesel nedenler :

* Gen, hormon ve metabolizma bozuklukları v.b.

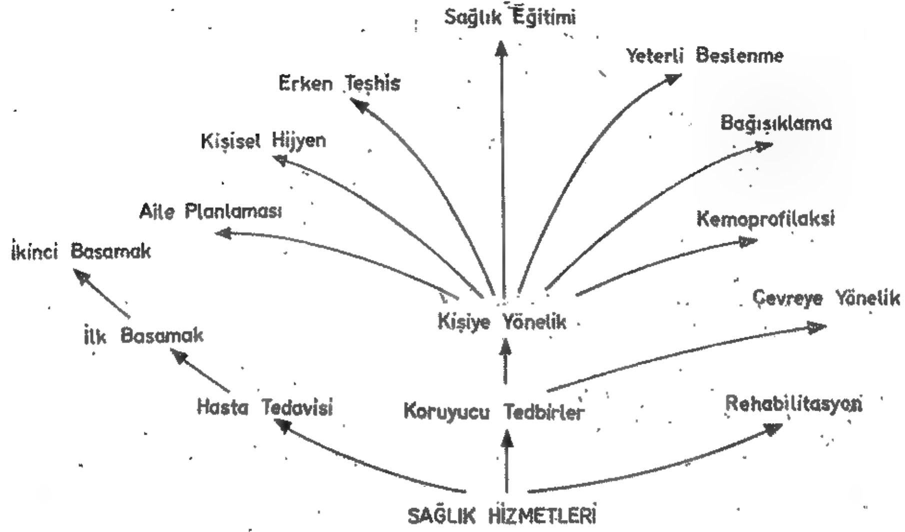
Çevresel nedenler :

* Fizik nedenler : ısı, soğuk, ışınlar ve travmalar
* Kimyasal maddeler : zehirler, kanserogenler vb.
* Esansiyel madde eksikliği : vitaminler, esansiyel amino asitler, yağ asitleri ve mineraller
* Biolojik etkenler : mikroorganizmalar, parazitler, mantarlar
* Psikolojik nedenler : zor (stress)
* Sosyal, kültürel ve ekonomik nedenler.

Sağlık Hizmetleri :

Sağlık hizmetleri (Health services) ingilizcede kamu sağlık örgütlerinin çalışmasını kapsar. Dilimizde bu genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında kullanılır. Bu hizmetler aşağıdaki biçimde sınıflanır (Şekil 1) :

Koruyucu hekimlik hizmetleri : Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılır.



Şekil 1 — Sağlık Hizmetleri

a. Çevreye yönelik hizmetler: Bu hizmetlerin amacı çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı (Environmental Health) hizmetleri denir. Sanitasyon (Environmental Sanitation), hijyen (Environmental Hygiene) terimleri de eş anlamda kullanılmaktadır. Besin kontrolü (Food Hygiene) de çevreye yönelik hizmetler içine girer.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür.

b. Kişiye yönelik hizmetler: Bu hizmetler hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının yürüttüğü hizmetlerdir. Bunlar yedi grupta toplanır:

* Bağışıklama
* Beslenmeyi düzenleme
* Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
* Aşırı doğurganlığın kontrolü
* İlaçla koruma
* Kişisel hijyen
* Sağlık eğitimi.

Tedavi hizmetleri: Tedavi hizmetleri halk sağlığı bakımından ilk basamak (evde ve ayakta tedavi) ve ikinci basamak (hastanede tedavi) olarak ikiye ayrılır. Hasta bakımını dört basamağa ayıranlar da vardır:

* Kendi kendine bakım (self care): Hastanın ev ilaçları veya eczaneden alınan ilaçlarla kendisi veya yakınları tarafından tedavisi
* İlk basamak tedavi hizmeti (primary care): Hastanın ilk başvurduğu hekim veya diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta bakımı
* İkinci basamak tedavi hizmeti (secondary care): Hastanede tedavi
* Üçüncü basamak tedavi hizmeti (tertiary care): En yüksek hekimlik teknolojisinin kullanıldığı merkezlerde tedavi.

Rehabilitasyon hizmetleri: Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma olanağı sağlayan bu hizmetler, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbî rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon (iş bulma, işe uyum sağlama) dır.

II. HALK SAĞLIĞI BİLİMLERİNİN DOĞUŞU

Halk Sağlığı son yüzyılda basit uygulamalardan çıkmış ve bir çok bilim dallarından oluşan bir disiplin ve bu bilimin uygulamalarını kapsayan hizmet alanı olmuştur.

Halk Sağlığı konusunda ilk bilimsel yapıt John Peter Frank'ın (1779 - 1827) yazdığı «Sağlık Polis Hizmetleri Sistemi» adlı altı ciltlik kitaptır. Frank bu yapıtında o günkü hekimlik bilgileri çerçevesinde insan sağlığının korunması ve yaşam süresinin uzatılması için ne gibi önlemler alınması gerektiğini sistemli bir biçimde sunmuştur.

Halk Sağlığının bir bilim olarak gelişmesinde önemli katkısı olan bilginlerden biri de Milton Joseph Rosenau'dır. Rosenau 20 nci yüzyıl başlarında Harvard Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Profesörlüğü yapmıştır. 1913 yılında yayınladığı «Preventive Medicine and Hygiene» adlı kitabı Halk Sağlığının klasik yapıtı olmuş ve zamanımıza kadar yenilenerek yayınlanması sürdürülmüştür. Rosenau mezuniyet sonrası Halk Sağlığı Fakültelerinin de kurulmasına öncülük etmiştir. Modern halk sağlığı görüş ve eğitiminin dünyaya yayılmasında Rockefeller Fondasyonunun Birinci Dünya Harbinden sonraki hizmetlerini de belirtmek şarttır. Bu Fondasyonun desteği ile İngiltere, Yugoslavya, Türkiye gibi birçok ülkede mezuniyet sonra eğitim kurumları kurulmuş veya yeniden örgütlenmiştir. Bu okullardan bazıları başarılı olmuş, bazıları gelişememiştir.

İnsan sağlığının sürdürülmesi için halk sağlığı görüşüyle yapılan çalışmalar Birinci Dünya Harbini takip eden 40 - 50 yılda, o kadar büyük başarılar kazanmıştır ki; bu durum halk sağlığının tedavi hekimliği kadar önemli bir bilimsel disiplin olarak kabulüne neden olmuştur.

Tanımlar :

Halk Sağlığı ile eş anlamda olduğu veya bazı farklı yönleri olduğu varsayılan pek çok terim vardır. Bunlardan en sık kullanılanlar Halk Sağlığı, toplum hekimliği, koruyucu hekimlik, sosyal hekimlik, hijyen ve toplum sağlığıdır.

Halk Sağlığı, İngilizce «Public Health» ve Fransızca «Santé Publique» sözcüklerinin yanlış bir çevirisidir. Doğrusu «Kamu Sağlığı» olması gerekirdi. Ancak dilimizde Halk Sağlığı terimi yerleştiğinden, yeni bir terim yaratmamak için, alışılan terimi kullanma gerekmektedir. «Public Health» terimi 19. yüzyıldan beri kullanılmaktadır. Bu süre içinde, anlamında değişmeler olmuştur. Bugün için klasik olarak kabul edilen aşağıdaki tanımı 1923 yılında C. - E. A. Winslow yapmıştır :

> «Halk Sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecek bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün arttırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır.»

Toplum Hekimliği terimine gelince, ingilizce (Community Medicine» teriminin çevirisi olan bu terim ilk kez 1960 yılında ABD'de Kentucky Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulan bir bölümün adı olarak kullanılmıştı. Bu bölümün kurucusu olan K. Deuschle Toplum Hekimliği eğitiminin amacını şöyle tanımlamıştır :

> «Toplum Hekimliği eğitiminin amacı; öğrencilere, sağlık personelinden oluşan bir ekiple toplum içinde koruyucu ve iyileştirici hekimliğin nasıl uygulanacağını, epidemiyolojik ve sosyal bilim yöntemlerini kullanarak toplumun sağlık sorunlarını ve bunların önemlilik derecelerini saptamayı ve uygulamalardan alınan sonuçları değerlendirmeyi öğretmektir.»

1960'lardan bu yana çok yaygın olarak kullanılan bu terimin tanımında zamanla önemli farklılıklar oluşmuştur. Toplum Hekimliğini, mahalle veya köy hekimliği veya az gelişmiş yörelere sağlık hizmeti götürmeyi öngören bir proje gibi anlayanlar yanında bunu çağdaş bir tıp felsefesi olarak tanımlayanlar da vardır. Bu görüşte olanlara göre ;

«Bir toplumu oluşturan herkesin bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması için kişiye, sosyal, biolojik ve fizik çevreye yönelik önlemlerin tümelci bir yaklaşım ile planlanması ve uygulanması görüşü toplum hekimliğidir».

İngiltere'de ise toplum hekimliği bir meslek olarak, Halk Sağlığında çağdaş gelişimi yansıtan bir terim olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre;

«Toplum Hekimi, belirli bir toplumdaki sağlık sorunlarını ortaya çıkaran, bu sorunları çözümlemeleri için çeşitli dallardaki uzmanlara yol gösteren, bu hizmetlerin gelişmesini gözleyen ve değerlendiren kişidir».

Koruyucu Hekimlik: Pek çok kimse koruyucu hekimliği Halk Sağlığı ile eş anlamda sayar. Similie ve Kilbourne'a göre Halk Sağlığı ile koruyucu hekimliğin arasında fark vardır. Ancak bu fark amaç ve sonuçta değil, sorumluluğun kimde olduğu noktasındadır. Kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek bir kamu hizmeti olarak ele alınıyor ise bu halk sağlığı hizmetidir. Kişinin sağlığını koruma ve geliştirmeyi bireysel düzeyde ele almak koruyucu hekimliktir.

Sosyal Hekimlik terimi ilk kez 1946'da Guerin tarafından kullanılmıştır. Guerin'e göre «Sosyal hekimliğin konusu, hiç bir doktrin ve ideolojiye bağlı olmadan, hekimlik (medicine) ile toplum arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve hekimlik hizmetlerinin toplum yararına geliştirilmesidir». Bu terimin de tanımlanmasında zamanla değişmeler olmuştur. Grotjahn sosyal hekimlik terimi ile hekimlik uygulamasında sağlık sigortasının kullanılmasını anlar. Grotjahn, sosyal etkenlerin sağlık ile ilişkisini incelediği kitabına sosyal patoloji adını vermiştir. Sosyal hekimliğe daha ayrıntılı olarak bu kitabın V. bölümünde yer verilmiştir.

Çok kullanılan terimlerden biri de **hijyen**'dir. Bu terim çoğunlukla Fransız ve Alman kaynaklarında kullanılmaktadır. «Hygiene publique» ve «Soziale Hygiene» Halk Sağlığı ile eş anlamdadır. Hijyen terimi ingilizce'de genellikle Halk Sağlığının özel konuları için kullanılır. Örnegin; çevre hijyeni, besin hijyeni, kişisel hijyen gibi.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Profesörü Dr. Hirsch'ın Hijyen adlı kitabındaki konulara bakılırsa Hijyenin çevre sağlığı ile eş anlamda olduğu düşünülebilir. Osmanlıcadaki **Hıfzıssıhha** sağlığı koruma demektir. Bu terim de Hijyen ile eş anlamdadır.

Son yıllarda kullanılan bir diğer terim de **toplum sağlığı** (Community Health) dır. Bazılarına göre bu Halk Sağlığı ile eş anlamdadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı sözlükte toplum sağlığı teriminin anlamının açık olmadığı yazılıdır. Bunun halk sağlığı, toplum hekimliği ve çevre sağlığı ile eş anlamda olduğunu kabul edenler vardır.

Timmer ve Hansan'ın anketini yanıtlayan İngiltere'deki sosyal hekimlik profesörlerine göre bu terimler eş anlamdadır. Jeffery de bu çeşitli terimlerin Halk Sağlığındaki gelişme aşamalarını yansıttığı görüşündedir. Terim kargaşasının en akla yatkın çözümü bu yanıttır.

Halk Sağlığı Bilim Dalları:

Yirminci yüzyılın başından bu yana hızla bilimselleşen «Halk Sağlığı» zamanımızda bir çok bilim dallarına ayrılmıştır. Bu bilim dalları, temel bilimler ve uygulamalı bilimler olarak iki grupta toplanabilir. Epidemiyoloji, istatistik ve sağlık yönetimi Halk Sağlığında temel bilimlerdir. Diğer dalların hepsi bu üç dalın yöntemlerinden ve ürettikleri bilgilerden yararlanır. Bu 3 dal temel bilim olmakla beraber halk sağlığı çalışmalarında bu bilimlerin de özellikle sağlık yönetiminin uygulamaları da vardır. Uygulamalı bilimlerin başlıcaları Ana - Çocuk Sağlığı, Çevre Sağlığı, Sağlık Eğitimi, Beslenme, İş Sağlığı ve Ruh Sağlığıdır.

Bunların dışında sağlık ile sosyal olgular arasındaki ilişkileri inceleyen sağlık ekonomisi, tıp sosyolojisi (Medical Sociology), tıbbî entropoloji, sosyal çalışma gibi bilim dalları da vardır.

Epidemioloji: Epidemioloji bir toplumda hastalık ve sağlık ile ilgili olguların zaman, yer ve kişi olarak dağılımını ve bu olguların nedenlerini araştıran bilim dalıdır. Epidemiyoliji toplum sağlığında tanı bilimi ve toplum içindeki sağlık araştırmalarında yöntem bilimidir. Epdemiolojik araştırmalar ile elde edilmiş bilgiler olmadan toplumun sağlık sorunlarını ve bu sorunların nedenlerini saptamak, sağlık hizmetlerini planlamak ve değerlendirmek olanaksızdır.

İstatistik: Lord Kelvin «Gözlemlerinizi ölçemiyor ve sayılar ile anlatamıyor iseniz, bilginiz değersizdir» demiştir. İstatistik bilimi bize ölçme olanağını verir. Bu nedenle istatistik yöntemler kullanılmadan halk sağlığı bilim olamaz.

Uygulamalı istatistik bilimi her alanda olduğu gibi sağlık alanında da gözlemleri sayılarla anlatmaya, gözlemlerarası farkın olası bir varyasyondan ileri gelip gelmediğini bulmaya ve çeşitli etkenlerin etkisi altında olan olaylarda her bir etkenin etki derecesini saptamaya yarayan bir bilimdir.

Sağlık Yönetimi: Yönetim yöntem bakımından evrensel, uygulama bakımından kültüre bağımlı bir bilimdir. Yönetim biliminin tanımlamasına koşut olarak sağlık yönetimini şöyle tanımlayabiliriz: «Sağlık yönetimi. bir topluma sağlık hizmeti sunma amacı ile bir örgütte çalışan kişilerin yaptıkları eylemlerden oluşan bir süreci inceleyen bilimdir.» Bu sürecin ögeleri planlama, örgütlenme, insangücü, finansman, yönlendirme, eşgüdüm ve denetimdir.

Ana - Çocuk Sağlığı: Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin amacı kadın ve çocukların sağlıklarını koruma ve geliştirmedir. Ana - çocuk sağlığı bir bilim olarak kadın ve çocukların sağlığını etkileyen fiziksel, kimyasal, biolojik, sosyal ve kültürel ögeleri, bu ögelerin nasıl kontrol edilebileceğini, eldeki olanaklar ile ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin en etkin biçimde nasıl yürütüleceğini inceler.

Çevre Sağlığı: Çevre sağlığı, sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz etkileyen çevredeki fizik, kimyasal ve biolojik etkenlerin ne olduğunu ve nasıl kontrol edilebileceklerini inceleyen bir bilimdir.

İş Sağlığı: İş sağlığı, işyerlerinde işçilerin sağlığını olumsuz etkileyen etkenleri, bunların işçileri nasıl etkilediğini ve işçilerin bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmalarını sağlamak için alınması gereken kişi ve çevreye yönelik önlemleri inceleyen bir bilimdir.

Sağlık Eğitimi: Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklarını koruma ve geliştirmek için bilgi kazandırma ve davranışlarını kazandıkları bu bilgilere göre değiştirmelerini sağlamak amacı ile yapılan çalışmalar ve uygulamalardır. Bir bilim olarak sağlık eğitimi davranış değişimi için araç, gereç ve yöntemleri geliştiren bir bilim dalıdır.

III. KORUYUCU HEKİMLİK İLKELERİ

Koruyucu Hekimliğin Tıptaki Yeri:

İnsanlığın geçmişte karşılaştığı en büyük ve yaygın doğal âfet salgınlardı. Veba, sıtma, kolera, çiçek ve tifüs salgınları çağlar boyu insan nüfusunun birkaç yüzbini aşamamasının en önemli iki nedeninden biri idi. Bu konuda bir tek örnek vermek yeterlidir: Ondördüncü yüzyıldaki kara veba salgınlarında 60 milyon kişi öldüğü tahmin edilmektedir. Bu sayı o zamanki dünya nüfusunun beşte biridir.

Bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenmesi tıbbın hiç bir şeyle kıyaslanamayacak olan en büyük zaferidir. Ne organ transplantasyonu, ne açık kalp ameliyatı ve ne başka bir cerrahî müdahale veya tıbbî tedavi insanlığa, şimdi basit bir şeymiş gibi görünen, salgınların önlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesi kadar yarar sağlamamıştır. Bu neden ile «Koruma tedaviden üstündür» sık söylenen bir belit olmuştur. Büyük salgınlar bir yana tek olgularda da durum aynıdır. Çocuk felci geçiren ve topal kalan bir çocuğu hiç bir hekim eski haline getiremez. Şayet bu çocuk aşılanarak hastalıktan korunsa idi, sakat kalmazdı. Bir çocuğun difteri olduğunu varsayalım, çocuğun ve ailesinin çektiği acıları düşünün. Bu çocuğu tedavi etmek mi, yoksa aşılayarak hastalıktan korumak mı daha insancıldır?

Koruyucu hekimlik insancıl olması yanında daha ucuza malolan bir uygulamadır. Tıp yayınlarında bunun pek çok örnekleri vardır.

Koruyucu hekimlik çok önemli ve başarılı olmasına karşın hiç bir zaman gerektiği ölçüde değerlendirilmemiş ve bir hastanın tedavisi daima kişileri daha fazla etkilemiştir. Bu da doğaldır. Çünkü insan kaybettiği şeyin değerinin farkına varır. Sağlığını koruduğunuz kişi onu

kaybetmediği için değerini anlayamaz. Bu nedenle kültür düzeyi yüksek kişiler hariç - kimse sağlığını korumak için hizmet istemez ve para ödemez. Koruyucu hekimlik, hekimlerin çoğu için de çekici bir alan değildir. Bunun çeşitli nedenleri arasında tıp fakültesi eğitiminin tedavi hizmetlerine ağırlık vermesinin ve kazanç sağlayan bir alan olmasının da rolü vardır. Tıp mesleği insanlara hizmet mesleği ise hekimlerin öncelikle seçeceği uzmanlaşma alanı koruyucu hekimlik olması gerekirdi.

Korumanın çok önemli ve örgüt eli ile yürütülen bir hizmet olması ve halk tarafından para ödeyerek satın alınmaması nedeni ile koruyucu hekimlik hizmetleri her ülkede devlet hizmeti olmuştur ve memur, hekim hemşire ve ebeler eli ile yürütülme zorunluğu doğmuştur.

Koruyucu Hekimliğin Tarihsel Gelişimi

İnsanların kendilerini hastalıklardan, özellikle salgın hastalıklardan korumak olanaklarını aramaları tarih öncesi bilinmeyen çağlara kadar gider.

Bir hastalıktan korunmanın iki ilkesinden biri hastalığın nedenini bilmek, ikincisi de o nedeni yok etme veya etkisiz hale getirmektir. Konumuza bu açıdan baktığımızda eski çağlarda da insanların bu ilkeleri bildiklerini görüyoruz. Onların sorunu nedeni doğru olarak bilmemek ve hastalıkları doğa üstü güçlerin yaptığını sanmaktı.

Bu dönemde insanlar kötü ruhlardan, cin ve perilerden korunmak için sihire ve muskaya başvurmuş, nazar değmesin diye mavi boncuk takmış, salgınlar sırasında tapınaklara koşup dua ederek bu beladan korunmak istemişlerdir.

Nedeni doğru olarak bulunan ilk hastalık uyuzdur. Onyedinci yüzyılda Bonomo bunu göstermiştir. Nedeni doğru olarak bulunan diğer bir hastalık skorbüttür. Hollandalı'lar 16. yüzyılda skorbütün nedeninin taze sebze ve meyva yememek olduğunun farkına varmışlardı. Ancak İngiltere Deniz Bakanlığı 1795 yılında harp gemilerinde denizcilerin diyetine limon eklenmesi zorunluğunu koyduktan sonra bu buluşun değeri anlaşılmış ve yaygın olarak yararlanılmağa başlanmıştır. Bu olaya bakarak bir yargıya varabiliriz. «Herhngi bir şeyin keşfi önemlidir, ancak halk için önemli olan herkesin bu keşfin önemini anlayıp uygulamasıdır». Tıp tarihinde bunun örnekleri az değildir. Fleming 1928 yılında

Penisilini keşfetmiştir. Ama kimse bunun önemini anlamamış ve penisilin 1943 yılına kadar kullanılmamıştır. Penisilinin önemini hekimlere gösteren ve kullanılmasına yol açan Florey ve arkadaşlarıdır. Florey ve arkadaşlarının yaptığı Fleming'in keşfinden daha az önemli değildir.

Skorbütün meyve ve sebze yemekle önlenmesinden esinlenen Hollandalı hekim, Eijikman (1858 - 1930), uzak doğunun çok yaygın bir hastalığı olan beriberi'nin kabuksuz pirinç ile beslenmeden ileri geldiğini ve pirinç kabuğu ekstresinin bu hastalığı iyi ettiğini buldu. C. Frank'-ta pirinç kabuğunda beriberi hastalığını önleyen kimyasal maddeyi (Thiamin)i saf olarak elde etti. Bu suretle bir grup hastalığın daha nedenlerinin bulunması bunları önleme yolunu açtı.

Bir çok vitaminin keşfi yanında bazı kansızlıkların nedeninin demir yetmezliği ve endemik guatr hastalığının nedeninin iod yetmezliği olduğu da keşfedildi.

Bulaşıcı hastalıklara gelince; 19 uncu yüzyılda bu hastalıkların çöplerden, bataklıklardan çıkan pis kokulardan mı (Miasma Teorisi) yoksa vücuda giren küçük canlılardan mı (Jerm Teorisi) ileri geldiği çok tartışılan bir konu idi. Bir Alman hekimi olan Jacob Henle (1809 - 1885) Jerm teorisini savunanların başında gelir. Bu teoriyi kesin olarak gerçekleyen Louis Pasteur (1822 - 1895) dür.

Son yüzyılda hastalık nedeninin bulunmasının önemini kavrayan bilginler diğer birçok hastalıkların da nedenlerini aramış ve bulmuşlardır. Ancak hâlâ nedenlerini bilmediğimiz hastalıklar vardır. Bunların başında en önemli ölüm sebebi olan arteriosterozun (damar sertliği) neden olduğu kalp ve damar hastalıkları geliyor. Nedenleri bilinen hastalıklar arasında da (örneğin bazı kanser çeşitleri) bu nedeni kontrol etmenin yollarını bilmiyoruz ve insanları bu hastalıklardan koruyamıyoruz.

Bağışıklama yöntemlerinin gelişmesi: Aşı ile bağışıklama yöntemlerinin gelişmesine yol açan gözlem ve bu gözleme dayanarak kişileri aşılama yönteminin geliştirmesinin nerede ve ne zaman gerçekleştirdiğini bilmiyoruz. Belki Hind'de, belki Çin'de, belki de başka bir yerde bugün kim olduğunu bilmediğimiz bir kişi veya kişiler çiçek hastalarından alınan püstül kabuklarının hastalık yapma yeteneğini zayıflatarak bunlar ile sağlam insanları aşılıyorlardı. Bu kişilerde aşı yerinde bir püstül çıkıyor ve bundan sonra o kişi çiçek hastalığına yakalanmıyordu. Kişilerin bir hastalığı hafif olarak geçirmelerini sağlayarak onları bağışık

kılma düşüncesi ve bunun başarı ile uygulanması bu alandaki en önemli buluştur. Çünkü gözlenen gerçek, bundan önce hiç bilinmeyen bir olgu yapılan uygulama hiç düşünülmemiş bir şeydi.

Batı uygarlığının geliştirdiği çağdaş hekimlik aşılamayı daha açık bir deyimle bir bulaşıcı hastalığı hafif bir biçimde geçirterek kişiye hastalığın ağır şeklinden korumayı - ilkkez İstanbul'daki İngiliz büyükelçisi Lady Montague'nin 1724 yılında İngiltere'deki bir dostuna yazdığı mektuptan öğrenmiştir. Lady Montague bu mektubunda Türklerin çiçek hastalığına karşı insanları aşılayarak korunduklarını duyurmuştur. O zamanlarda çiçek Avrupa'da sık sık salgın yapan ve çok korkulan bir hastalıktı. Bu bilgi, önce İngiliz ve sonra diğer Avrupa ülkeleri hekimlerini sağlam kişilere çiçek hastalığına karşı aşı uygulamağa yöneltmiştir. Aşı ile kişilerin bağışıklanacağı fikri Batı hekimliğine böyle girmiştir. Sonraları çiçek aşısını kim buldu, Avrupa'ya kim tanıttı konusunu araştıran bazı tarihçiler Çin'de ve Hindistan'da çiçek aşısı uygulandığının kanıtlarını buldular. Dr. Uzluk da Osmanlı hekimlerinden Timote'nin Lady Motague'den önce, Avrupa'da bir tıp dergisinde yayınlanan bir yazısı ile çiçek aşısını Avrupa'ya duyurduğunu saptamıştır. Ancak bu yazı yayınlandığı zaman hiç bir yankı yapmamıştır.

Aşılama tarihinin büyük isimlerinden biri Jenner'dir. Jenner, Türk tekniği (Variolation) ile çiçek aşısı yapan bir İngiliz hekimi idi. Bir köye aşı yapmağa gittiğinde halkın gözlemlerinden yararlanarak yeni bir yöntem, sığır çiçeği ile aşı yöntemini (Vaccination), geliştirdi. Bu çiçeğe karşı korumada Varyolasyondan üstün bir teknik olduğundan kısa zamanda yayıldı ve varyolasyon, tekniğinden vazgeçildi.

Aşı ile bağışıklama tarihinin ikinci büyük ismi Pasteur'dür. Jenner'den esinlenen Pasteur şarbon ve kuduz gibi diğer hastalar için aşı geliştirdi. Pasteur'un buluşlarından esinlenen diğer araştırıcılar diğer bulaşıcı hastalıklara karşı da aşı geliştirmeğe çalışmışlar ve başarmışlardır. Örnek olarak Haffkin'in kolera ve vebaya, Wright'in tifoya, Thieler'in sarıhummaya, Salk ve Sabin'in poliomiyelit'e karşı aşı bulmaları gösterilebilir.

Aşıların geliştirilmesine yol açan keşifler arasında bakterilerin yapay ortamlarda saf kültür halinde üretilmesini, mikropları öldürerek hazırlanan aşılar ile hastalık doğurmadan bağışıklık sağlanabilmesi, virüs ve riketsiya grubu mikroorganizmaların döletli yumurta ve doku kültürlerinde üretilmesi vardır.

Birçok keşif ve bilgin ismi saydıktan sonra hemen şunu belirtmek gerekir ki bu keşiflerden hiç biri tam anlamı ile onu keşfettiğini söylediğimiz kişinin yapıtı değildir. Örnek olarak son yılların bir buluşuna, Sabin'in canlı çocuk felci aşısını geliştirmesine bakalım. Bunu Sabin yapmıştır. Ancak çocuk felci virüsunun doku kültüründe üretme yöntemi Enders ve arkadaşları tarafından keşfedilmiştir. Hastalık etkenlerini üretme ortamında pasaj yaparak zayıflatma Pasteur'ün buluşudur. Pasteur'den sonra ve Sabin'den önce çok kişi bu tekniği başarı ile kullanmıştır. Pasteur hastalık yapma yeteneği az etken ile aşılama düşüncesini Jenner'in buluşundan, Jenner çiçeğe karşı aşılama olanağını ve tekniğini Türklerden, Türkler de Çinli veya Hintli'lerden öğrenmiştir. O halde Sabin'in keşfinde saydığım bu buluşların payı vardır. O halde diyebiliriz ki her keşif bu kişinin değil yaşayan ve göçen birçok bilginin yapıtı toplumun müşterek malıdır. Yeni buluşlar büyük ölçüde eski buluşların değişen koşul ve gereksinmelere göre uygulanmasından doğar. Ancak arada bir devrim yapan, yeni yollar açan, yeni olanaklar yaratan keşifler yapılabilir.

Karantina ve Tecrit : Bulaşıcı hastalık geçirenler ile temas ederek hasta olması olasılığı olan kişileri en uzun kuluçka süresince sağlam kişiler ile temasını yasaklamağa karantina, hastaların sağlam kişiler ile temasını yasaklamağa ise tecrit denir.

Karantina ve tecrit bulaşıcı hastalıklar ile savaşta önemli önlemlerdendir. Bunlarda hastalığın nedenine yönelik önlem alma ve bağışıklama gibi kökünü geçmişin bilinmeyen dönemlerinden alır. Sümerlilerin hastalıklara karşı karantina uyguladıklarının kanıtları bulunmuştur. İncil'de lepralıların tecridinden söz edilir. Hazreti Muhammed «Taun olan şehre girmeyin ve taun olan şehirden çıkmayın» demiştir. Taun, hastalık salgını demektir.

Avrupa'da ilk defa karantina 1473 yılında Raguza (Dubrovnik) de vebaya karşı uygulanmıştır. Raguza'da limana girmek isteyen gemiler 40 gün bekletilir ve bu sürede gemide veba görülmezse mal boşaltmasına ve gemideki kişilerin sahile çıkmasına izin verilirdi. Bundan sonra vebaya karşı karantina uygulaması diğer Avrupa limanlarında da uygulanmağa başlanmıştır.

Türkiye'de karantina idaresi 1838 yılında, yabancı bir şirket olarak kurulmuş, Lozan antlaşması ile bu idare Türkiye Cumhuriyeti hükümetine devredilmiştir.

Bulaşıcı hastalıklar için karantina önlemleri konusunda uluslararası işbirliğinin temeli 1851 yılı Paris Tıp Kongresinde atılmıştır. Uluslararası Karantina hizmetlerini düzenlemek üzere ilk kurulan örgüt 1902 yılında Amerika ülkeleri arasında kurulan «Panamerican Sanitary Bureau» dır. 1907 yılında da Paris'te, özellikle uluslararası karantina hizmetlerini yürütmek üzere, «L'office Internationale Hygiene Publique - Uluslararası Halk Sağlığı Örgütü» kurulmuştur.

Halen bulaşıcı hastalıklar konusunda haberleşmeyi ve karantina önlemleri alınmasını Dünya Sağlık Teşkilâtı, tüm ülkelerle işbirliği yaparak yürütmektedir.

Çevre Sağlığı: Arkeolojik kazılar insanların su hijyeni, dışkı ve çöplerin yok edilmesi ve ev sanitasyonu gibi konuları çok eskiden beri bildiğini ve bunlara önem verdiğini göstermektedir.

Hindistan'da Mohenjo - Daro ve Rarappa'da yapılan kazılarda bulunan 4000 yıl öncesine ait şehir kalıntılarında evlerin belli bir standarda göre yapıldığı, her evde banyo ve pis su yolu bulunduğu, sokaklarda kanalizasyon bulunduğu görülmüştür. Mısır'da yapılan kazılarda Milattan önce 2130 - 1700 yılları arasında Mısır şehirlerinde lağım tesisleri bulunmuştur. Arkeolojik kalıntılarda Girit, Troy ve Priene ve diğer birçok şehirde çok mükemmel ve evlere kadar giden su şebekeleri ve lağım bulunduğunu da görüyoruz. Aynı şeylerin Güney Amerika'da İnka şehirlerinde de bulunması şehirleşmenin insanları her yerde çevreyi sağlık yönünden geliştirmeğe güdülediğidir.

Çevre Sağlığı önlemlerine ve kişisel temizliğe verilen önemin nedeni tartışma konusudur. Çevre temizliğine önem vermenin nedeninin sağlığı koruma değil estetik düşünce olduğu, kişisel temizliğin daha çok dinsel olduğunu savunanlar vardır. Hekimlik için önemli olan bunun neye yapıldığı değil sonucunun insan sağlığına olumlu etkisi olduğudur.

Roma'da Augustus dönemi çevre sağlığı tarihi bakımından önemlidir. Bu dönemde Roma İmparatorluğu şehirlerinde çevre sağlık idaresi kurulmuştur. Roma'da bu hizmeti yürüten ve imparatora karşı sorumlu olan bir bakan vardı. «Aedile» denen bu bakan her şehirde su şebekelerinin korunmasından ve çevre sağlığı hizmetlerinden sorumlu idi. Aedile şehirlerde hamamları, sokak temizliğini, pazarlar ve besin maddesi satan yerleri denetleyen ve bozuk besinleri yok eden kişiler atardı. Roma İmparatorluğu çevre sağlığını bir hükümet görevi olarak ele alan ilk devlettir.

Vektör Kontrolu : Vektörler ile hastalık bulaşmasını ilk düşünen Rudolph Lenkart (1822 - 1898) dır. İlk kez 1858 de Fedshenko Filaria medinensis'in Su Piresi (Cyclops) ile insandan insana bulaştığını bulmuştur. 1877 de Manson Filaria Boncrofti'nun sivrisinekle, 1895 de T. Smith sığırlarda Teksas hummasının keneler ile bulaştığını göstermiştir. İnsan sağlığında vektörlerin eitkisi üzerinde en önemli buluş kesinlikle Ronald Ross'un 1897 yılında sıtmanın insandan insana sivrisinekle bulaştığını saptamasıdır. 1898 yılında da Simond vebanın pirelerle bulaştığını saptadı. Bu keşifleri 1900 yılında Finlay, Reed ve arkadaşları tarafından sarı hummanın sivrisineklerle, 1909'da Nicolle tarafından lekeli hummanın bitlerle bulaşmasının saptanması kovaladı. Daha sonraları birçok hastalıkların —özellikle bazı virus hastalıklarının— vektörler ile bulaştığı bulundu.

Vektörlerin insan sağlığı üzerindeki etkisi bunların biolojisinin aydınlatılması ve bunlarla savaş yöntemlerinin geliştirilmesini gerektirdi. Bu gereksinme, vektör biolojisi konusunu inceleyen Tıbbi Entomoloji bilimini doğurmuştur. Vektörler ile savaşta insektisitlerin keşfi koruyucu hekimlikte yeni bir çağ açmıştır.

Dinler ve Koruyucu Hekimlik : Dinlerin —Hristiyanlık hariç— sağlık ve sağlığın korunması ile ilgili kurallar koyması ilginçtir. Bu kurallara örnek olarak içkinin yasak edilmesi, temizlenme zorunluğu, dışkıya bulaşmadan korunma ,aile hayatının muhafaza ve müdafaası, bulaşıcı hastalıklara yakalananlardan uzak durma ve bazı hayvanların bilhassa ölü hayvanların etinin yenmemesi örnek olarak gösterilebilir. Dünyanın ilk sağlık kanunu Tevrat'ta yazılıdır. Burada bireyin ve toplumun sağlık sorumlulukları saptanmıştır. Tevrat'ta vücut temizliği, bulaşıcı hastalıklardan korunma, lepralıların tecridi, hastalıklardan sonra evlerin dezenfeksiyonu, kamp sanitasyonu, çöp ve pisliklerin imha ve izalesi, şu ve gıdaların korunması, ana sağlığı ile ilgili hükümler vardır. Hristiyanlığa gelince; ilk hristiyanlar, Romalılar ve Yunanlılar ne yaptı ise yanlış olduğu görüşündeydiler, vücuda önem vermenin ruhun aleyhine olduğunu düşünürlerdi. Bu sebeple Avrupa'da sanitasyon ve şahsî hijyen kaideleri unutuldu. Kimse yıkanmazdı. Bir adamın kendi vücudunu görmesi dahi ayıp sayılırdı. Pislik ve çöplerin evlerin etrafında kalması normaldi. Bu hal Avrupa'da 18. yüzyıla kadar devam edegelmiştir. Örnek olarak 18. yüzyılda Londra gösterilebilir. O asırlarda Londra akıl almayacak kadar pis bir şehirdi. Evler bütün çöp ve pisliklerini sokağa atarlardı. Sokaklardan pislikten geçilmezdi. Şehrin etrafı daha berbattı.

Şehre girip çıkanlar uzun süre burunlarını tıkamak zorunda kalırlardı. Hristiyan ülkelerde çevre çağlığı ve kişisel hijyenin gelişmesi bilimsel gelişmeğe bağlıdır.

İslamiyet sağlık kurallarının uygulanmasında Musevilikten daha ileri giden bir dindir. İslamiyette kabul edilen sağlık kaidelerinin birçoğu Musevilikte de mevcut idi. Bununla beraber İslamiyette yeni hükümler de vardır. İslamiyetin sağlığa verdiği büyük önem Hazreti Muhammed'in «Beden İlimleri Din İlimlerinden Üstündür» sözünde bulmak mümkündür. İslamiyetin hekimliğe verdiği önemin eski Yunan tıbbının İslam hekimler tarafından geliştirilmesinde büyük etkisi olmuştur. Orta çağda Avrupa cehaletin karanlığında yüzen geri bir toplum iken Türkler, Araplar, İranlılar eski Yunanın uygarlığını geliştirmişler ve Avrupa'da Rönesans hareketinin kullandığı malzemeyi hazırlamışlardır. Bununla beraber müslümanların büyük çoğunluğu İslâm dininin öngördüğü kişi ve çevre temizliği kurallarına uymamakta olduğu da bir gerçektir.

Koruyucu Hekimlikte Strateji :

Koruyucu hekimliğin konusu sadece kişileri hastalıktan korumak değildir. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi ve hastaların sakatlık ve nüküslerden korunması da koruyucu hekimliktir. Bu bakımdan koruma, birincil, ikincil ve üçüncül olarak üçe ayrılır.

Birincil Koruma : Bu terim kişiyi hastalıklardan koruma için alınan tüm önlemleri kapsar. Geçmişte, koruyucu hekimlik denince yalnız bu aşama anlaşılırdı.

Birincil korumaya örnek olarak bir çocuğu difteriye karşı aşılayarak bu hastalıktan korumak, dışkının su ve besinlere bulaşmasını önleyerek kişileri bağırsak infeksiyonlarından korumak gösterilebilir.

Birincil koruma genellikle beslenme hastalıklarından ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada önemlidir. Bunun yanında kanser yapan maddelerden korunmak genetik danışmanlık yolu ile genetik hastalıkların devamını önlemek, amniosentez ile intrauterin tanı koyarak malformasyonlu çocuk doğumunu önlemek de birincil korumadır.

Bulaşıcı hastalıklar ile savaşta strateji hastalık çıkmadan önce hastalığın çıkmayacağı veya en azından yayılamayacağı bir ortamı yaratmaktır. Bu amaçla alınacak önlemler aşağıdaki on başlık altında toplanabilir :

* Dışkının zararsız hale gelmeden toprak ve akar sulara karışmasını önlemek ve çöpler ile karasinek, sivrisinek, bit ve pire gibi hastalık bulaştıran vektörleri yok etmek,
* Su ve besinlerin hastalık yapan mikroplarla bulaşmasını önlemek, mikroplarla bulaşmış su ve besinlerin kullanılmasını ve satışını önlemek ve bu hususları sürekli olarak denetlemek,
* Halkın ve özellikle bebek ve küçük çocukların beslenmesinin yeterli düzeye çıkarılmasını sağlamak,
* Halka beslenme, bulaşıcı hastalıklardan korunma, sağlık örgütlerinden yararlanma gibi konularda eğitim yapmak,
* Difteri, tetanoz, boğmaca, çiçek, verem poliomiyelit ve kızamık gibi aşı ile korunulabilen hastalıkları önlemek için hassas kişileri aşılamak,
* Bulaşıcı hastalık çıkarsa bunu erken haber alabilmek için gerekli örgütü kurmak,
* Bulaşıcı hastalıkların kısa bir zamanda teşhisi için laboratuvar hizmetlerini geliştirmek,
* Tifo ve streptokoksik enfeksiyonları gibi hastalığın bulaşmasında portörlerin önemli rol oynadığı hastalıklarda portörleri bulmak için sağlam kişileri muayene ve bulunan portörleri tedavi etmek,
* Kuduz ve brüselloz gibi hasta hayvanlardan insana bulaşan hastalıklar (zoonoz) ile savaş,
* Bulaşıcı hastalık çıktığı zaman hastaların tecridi, salgı ve atıklarının dezenfekte edilmesi, hastaların tedavisi için gerekli ilaçlar ile aşıları stok etmek.

Bulaşıcı hastalıklar çıktıktan sonra yayılmasını önlemede strateji infeksiyon zincirini (kaynak - bulaşma yolu - sağlam kişi) bir yerinden kırmaktır. Bu zincirin kırılması için alınabilecek önlemler şunlardır :

* Kaynağa yönelik önlemler : Tecrit, karantina, atık ve eşyaların sürekli dezenfeksiyonu, filyasyon arama,
* Bulaşma yollarına yönelik önlemler,
* Sağlam kişiye yönelik önlemler : Sağlık eğitimi, aşılama, kemoprofilaksi ve seroflaksi,

Beslenme yetersizliği hastalıkları ile savaşta strateji, yetersizliği dolayısı ile hastalığa neden olan kalori, protein (özellikle esansiyel amino asitler), vitamin veya mineralleri kişilerin besinleri yeteri kadar almasını sağlamaktır. Bunun için de gerekli besin maddelerinin bulunması, kişinin bunları alacak gücü olması ve bu besinleri yemesi için eğitilmesi gerekir. Bu konuya III. bölümde yeniden değinilecektir.

İkincil Koruma : Hastalıkların belirti öncesi (presemptomatic) veya belirtilerin çok hafif olduğu dönemde laboratuvar muayeneleri ile tanınarak tedavi edilmesine ikincil koruma denir. Burada kişi hastalığının ilerlemesinden, tedaviden yararlanamayacağı bir aşamaya varmaktan korunmaktadır. Örneğin : Kadınlarda periodik sitolojik muayene yaparak uterus kanserini erken tanımak ve tedavi etmek ikincil korumadır. Bu konu IV. bölümde daha geniş olarak ele alınacaktır.

Üçüncül Koruma : Hastaları, hastalıklarının geri tepmesinden ve sakatlık ile sonuçlanmasından koruma için alınan önlemler üçüncül korumadır. Örneğin, kalp romatizması olan bir çocuğa, hastalık belirtileri kaybolduktan sonra da belirli zamanlarda antibiotik vermek üçüncül korumadır. Bu koruma tamamen klinik hekimlerinin ödevidir.

IV. TEDAVİ HEKİMLİĞİNDE GELİŞME AŞAMALARI

Tedavi hekimliği hizmetlerinin ülkemizde olduğu gibi, büyük ölçüde hükümet ve diğer kamu kuruluşlarınca yürütüldüğü ülkelerde tedavi hekimliğini halk sağlığı hizmetlerinden ayrı düşünmek olanaksızdır. Bu nedenle halk sağlığı alanında çalışanların tedavi hekimliği, halk hekimliği, hekimlerin kullandığı tanı ve tedavi yöntemlerinin çağdaşlığı gibi konularda bilgili olması gerekir.

Hekimliğin Doğuşu ve Halk Hekimliği :

İnsan dünya üzerinde yaşamağa başlayalı beri hastalandığı ve yaralandığı zaman ya kendisini tedavi etmiş veya bu işi kendisinden iyi bilen birisine başvurmuştur. İlk çağlarda insanlar hastalıkları doğa üstü güçlere bağladıkları için başvurdukları kişiler sihirbazlar, büyücüler ve şamanlardı.

Zamanla bazı kimseler bazı otların bazı hastalıklara iyi geldiğini fark ettiler ve hastaları tedavi için bu otlardan ilâç yaptılar. Otlardan yararlanarak hasta tedavisi (Herb Medicine) böyle doğdu ve gelişti. Sihirbazlara ve otlardan ilâç yapanlara ilk hekimler demek yanlış yargı olamaz.

Sihirbazların hekimliğini ve otlardan yapılan ilâçlar ile tedaviyi değerlendirirken bunlara hemencecik değersiz damgası vurulmamalıdır. Bunlarda insanlara bir ölçüde yararlı olmuştur. Sihirbazlar ve büyücüler en azından kişiyi iyi olacağına inandırarak onlara yardımcı oldular. Hekimlikte hastanın iyi olacağına inanması çok önemlidir. Bunu belirtmek için Bergamalı hekim Galen'in (M.S. 131 - 200) hastanesinde hasta tedavi yöntemini hatırlamak yerinde olur. Galen'in tedavi yönteminde ilâç

kadar, hattâ ilâçtan çok, hastayı psikolojik baskı altına alarak iyileşeceğine inandırmak yer alır. Hastaya iyileşeceği inancını vermek, eski hekimlerin çok iyi bildiği, zamanımızda hekimlerin çoğu kez unuttuğu bir gerçektir.

Otlardan yapılan ilaçlar ile tedaviye gelince, dilimizde kocakarı ilacı dediğimiz, bu ilaçlar içinde tedavi etkisi olan kimyasal maddeler vardır. Bilimsel batı hekimliğinde kullanılan bir kısım önemli ilaçlar bu otlardaki etkili maddeyi bularak geliştirilmiştir.

Kökenini sihir, büyü ve otlardan yapılan ilaçlar ile tedaviden alan Halk Hekimliği (Folk Medicine), çağlar boyu hasta tedavisi için kazanılan bilgileri baba oğluna, usta çırağına ve yaşlı kadınlar gençlere aktararak sürüp gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı toplumlarda halk hekimliği yaşamaktadır. Halk hekimliği arasında diş çekenler, cerrahlar, kırık - çıkıkçılar, kehhallar (göz hastalıklarını tedavi eden kişi) da vardır. Bu kişilerin, güç ve bilgileri ölçüsünde, halkın büyük bir gereksinmesini karşıladıkları, halkın benimsediği, inandığı ve saydığı kişiler olduğu bilinmelidir.

Halk hekimliğinin bir şekli de hekim olmayan kişilerin hazır ilaçları kullanarak hasta tedavi etmeleridir. Ülkemizdeki «iğneciler» bunun örneğidir.

1960 yılında yapılan bir araştırma sonucuna göre yurdumuzda onbinlerce ebe - nine, iğneci, diş çekici ve kırıkçı vardır. Burada bir sosyal gerçeği belirtmek gerekir. Ülkemizde hekim olmayanların hasta tedavi etmeleri ve diplomasız ebelerin doğuma yardım etmesi 1928 yılında çıkarılan bir kanun ile yasaklanmıştır. Buna rağmen halk hekimliği uygulamalarının devam etmesinin nedeni halka gereksindiği sağlık hizmetinin sunulmamış olmasıdır. Bir toplumun gereksindiği hizmeti yapan ve kültürünün bir parçası olan sosyal kurumların işleyişi, kanun yasağı ile durdurulamaz. İstenen sonuca halka gereksindikleri hizmet sunulur ve halk sunulan bu hizmetin üstünlüğünü kabul ederse varılır.

Bilimsel Hekimliğin Doğuşu:

Bilimsel hekimliğin Yunan sitelerinde başladığı ve Milâttan 400 yıl önce yaşayan Hipokrat'ın bilimsel tıbbın yaratıcısı olduğu yanılgısı oldukça yaygındır. Bu doğru değildir. Yunan hekimliği Mezopotamya,

Mısır ve Anadolu'daki hekimliğin devamıdır. Eski Yunan uygarlığında hekimlik tanrısı olarak tanınan Esküla p'ın İmhetop adlı Mısırlı bir hekim olduğu sanılmaktadır.

Yunan hekimliği İslâm uygarlığında devam etmiş ve gelişmiştir. İslâm dünyası İbni Sina, Razi gibi büyük hekimler yetiştirmiştir. Orta çağda Avrupa'daki hekimlik İslâm hekimliğinin devamıdır. İbni Sina'nın «Kanun» adlı tıp kitabı, yüzyıllarca Avrupa tıp okullarında okutulan klasik ders kitabı olmuştur.

Avrupa'da Rönesans her alanda olduğu gibi tıpta da yeni bir dönemin başlangıcıdır. Rönesans ve Rönesans sonrası dönemde tıp bilimlerinin doğuşunu görüyoruz. İlk tıp bilimi anatomidir. Anatomi 16 ncı yüzyılda Andreas Vesalius (1514 - 1564) ün önderliği ile başlar. Andreas Vesalius sistematik olarak diseksiyon yapan ilk bilim adamıdır. Histolojinin kurucusu Marcello Malpighi (1628 - 1698) bir İtalyan hekimidir. Patolojinin kurucusu, G. B. Morgagni (1628 - 1771), Fizyolojinin kurucularından biri Fransız hekimi Claude Bernard (1813 - 1878) dır. Hücre Patolojisinin kurucusu Rudolph Virchow 19. yüzyılda yaşamıştır. Virchow (1821 - 1902) ünlü bir Alman hekimidir. Bakteriolojinini kurucusu Louis Pasteur (1825 - 1895) ünlü bir Fransız kimyacısıdır. Biokimyanın kuruluşunun ilk büyük simaları da Emil Fischer (1852 - 1919) ve Paul Ehrlich (1854 - 1915) dir.

Eski çağlarda tedavi hekimliğinin bugün olduğu gibi bir bütün olmadığı da bilinmelidir. Bugün cerrahlık, ortopedi ve obstetrik gibi dallar hekimliğin ayrılmaz parçası olmakla beraber geçmişte bunlar el becerisine dayanan ayrı mesleklerdi. Hekimler ile cerrahların eğitim bakımından aynı kaynaktan gelmeleri 1724 yılında Fransa Kralının emri ile Paris Tıp Fakültesi'nde Cerrahî Kürsüsü kurulması ile başlar. Bu karar hekimlerin sert tepkisi ile karşılanmıştı.

Hekimliğin Gelişme Dinamiği :

Tıpta son yüzyıldaki gelişmeleri iki itici güç sağlamıştır. Bunlardan biri temel tıp bilimlerinde ve klinik bilimlerinde bilimsel yöntemin gittikçe artan bir ölçüde ve ustalıkla kullanılışı diğeri teknolojik gelişmelerdir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeleri birbirinden tamamen ayrı düşünmek olanaksızdır. Örneğin; yeni bir aletin geliştirilmesi (mikroskopun keşfi gibi) bilimsel araştırmayı kolaylaştırmış, bilimsel bir keşif de

(bazı küflerin mikrop öldürücü madde salgıladığının keşfi gibi) hastalık tedavi tekniğinde büyük değişiklik yapılmasına neden olmuştur.

Teknolojik gelişme, hekimliğin bilimselleşmesine kıyasla çok yenidir. Örneğin beden ısısını ölçmek için termometre ilk kez 1789 yılında J. Currie tarafından kullanılmıştır. Parenteral injeksiyon ilk kez 1845 yılında Lynd tarafından uygulanmıştır. Hekimlikte geniş uygulama alanı olan Röntgen ışınları W. C. Rontgen tarafından (1845 - 1922) 1895 yılında keşfedilmiştir.

Son yıllarda hekimliği etkileyen ve daha da etkileyecek olan keşifte bilgisayarlar ve bilgisayarların hekimlikte kullanılmasıdır.

Teknolojik gelişmeler içinde ilaç ve cerrahi teknolojisindeki gelişmeleri de belirtmek gerekir. Değil ilk hekimlerin 19 uncu asır hekim ve cerrahlarının hasta tedavi imkânları çok sınırlı idi. Asepsi, anestezi ve kan naklinin keşfi ve geliştirilmesi cerrahide devrime sebep olmuştur.

Antibiotik ve antibakteriyel ilaçların keşfi infeksiyon hastalıklarının tedavisinde, vitaminlerin keşfi beslenme hastalıklarının tedavisinde, hormanların keşfi endokrin hastalıklarının tedavisinde hekimlere büyük olanaklar sağlamıştır. Tedavi hekimliğinde kullanılan ilaçlara her geçen gün yenileri eklenmektedir.

Tedavi hekimliğinde çağdaş düzeye erişmiş olmanın ölçütlerinden biri kullanılan teknolojidir. Laboratuvar hizmetlerinden yararlanılmayan tedavi hekimliği uygulamaları bilimsel ve çağdaş sayılamaz.

Bilimsel yöntem kullanılışına gelince; Darwin'in (1809 - 1882) dört aşamalı (gözlem, hipotez, gerçekleme ve genelleme) yöntemin hekimlik araştırmalarında kullanılışı oldukça yenidir. Zamanımızda yapılan ve yayınlanan araştırmaların pek çoğunda halâ Bacon'un gözleme dayanarak, gerçekleme yapmadan, genelleme yapılan yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Bugün bilimsel araştırmalarda kontrol grubu ile kıyaslamalı olarak yapılmayan ve sonuçlardaki farkın tesadüfe bağlı varyasyondan ileri gelmediği istatistik yöntemler ile saptanmayan buluşlar geçerli sayılmamaktadır.

Tanı ve Tedavi İlkelerinde Gelişme :

Hekimlikte gelişme tanı ve tedavi ilkeleri bakımından da incelenebilir. Hekimlikte tedavi hastalık semptomlarının tedavisi, özellikle ağ-

rının dindirilmesi, ile başlamıştır. Çağlar boyu hekimler hastalarda gördükleri semptomları tedavi ile yetinmişlerdir. Bu uygulama bir ölçüde, zamanımızda da sürmektedir.

Hipokrattan bu yana semptomların bir hastalığın görüntüsü olduğu ve tedavinin semptomlara değil hastaya yönelik olması gerektiği anlaşılmıştır. Hipokrat sıtmayı, Galen tüberkülozu, Razi çiçek ve kızamığı tanımlamasına rağmen bu alanda gelişme hekimlik bilimlerinin ve teknolojisinin gelişmesi ile mümkün olmuştur. Bu aşamada hekimlikte «hastalık» kavramı öne geçmiştir. Anatomo-patolojik dönem denen bu aşamada hekimler hastanın tedavisi kavramından uzaklaşmışlar, hastalıkların tedavisi temel düşünceleri olmuştur. Bu dönemde hastalık nedenlerinin bulunmağa başlaması ile de tedavide semptomdan nedene yönelinmiştir. Tedavi hekimliğinde üçüncü aşama psikosomatik hekimliktir. Bu dönem «Hastalık yok, hasta vardır» özsözü ile tanımlanabilir. Hekimler bir ölçüde geriye dönerek ilk çağların hasta tedavisi ile anatomopatolojik görüşün sentezini yapmışlardır.

Tedavi hekimliğinde dördüncü aşama insanının fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğunun kavranması ile başlar. Hastalıkların tanı ve tedavisinde —özellikle ruh hastalıklarında— insanı çevresi ile ele alarak daha doğru tanı daha başarılı ve sürekli tedavi olanağı sağlanmaktadır.

V. SOSYAL HEKİMLİK

İlk Gelişmeler :

Thomas More (1478 - 1535) Utopia adlı yapıtında herkesin —sağlık dahil— tüm sosyal haklara sahip olduğu bir hayal ülkesini anlatır. Bu, sağlık hizmetinden yararlanmada sosyal adalet düşününün doğuşudur. Ancak sosyal hekimlik akımının toplumu etkileyecek kadar önem kazanmasının başlangıcı 19. yüzyıl ortalarına düşer. Sağlık gereksinmelerinin karşılanmasında köklü değişmelere neden olan bu akımı 19. yüzyılın sosyal ve siyasal akımlarından ayrı düşünmek olanaksızdır.

Sosyal hekimlik (Medicine Sociale) terimini 1848 yılında ilk kullanan bir Fransız olan Dr. Jules Rene Guerin'dir. Guerin, sosyal tıp terimini şöyle tanımlar :

> «Sosyal hekimliğin konusu, hiç bir doktrin ve ideolojiye bağlı olmadan, hekimlik ile toplum arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve hekimlik hizmetinin toplum yararına geliştirilmesidir».

Guerin'in sosyal hekimlik tanımında doktrin ve ideolojilere değinmesinin nedeni sosyalist hekimlik ile sosyal hekimliği ayırmak istemesidir. Sosyalist hekimlik, hekimlik hizmetlerinin sosyalist doktrin açısından ele alınmasıdır. Bu nedenle Guerin'i sosyal demokrasi akımının düşünürlerinden biri olarak değerlendirebiliriz.

Ondokuzuncu yüzyılda hekimliğin sosyal yönü üzerinde görüşleri olan bir çok düşünür vardır. Bunlardan biri S. Neumann'dır. Neumann hekimlik ile toplum arasındaki ilişkileri incelerken şöyle der :

> «Genellikle hekimlik biolojik bilimlerden sayılır. Gerçekte o, sosyal bir bilimdir, çünkü amacı toplumsaldır. Hekimliğin te-

mel amacı kişilerin çevrelerine —yani yaşadıkları topluma— uyumlarını sürdürmek ve hastalık nedeni ile çevreye uyumlarını kaybedenlerin çevrelerine uyumlarını sağlamaktır».

Büyük bir patalog olan Rudolph Virchow'un hekimlikte sosyal görüşün gelişmesine de büyük katkısı vardır. 1848 yılında yayınlamağa başladığı dergide (Die Medizinische Reform - Hekimlikte Reform) Virchow aşağıdaki görüşleri savunur :

* Herkesin çalışma hakkı vardır.
* Herkesin sağlığının korunması toplumun görevidir.
* Hükümet halkın sağlığı ile yakından ilgilenmelidir.
* Sağlığı geliştirme ve hastalıklar ile savaş sadece hekimlik hizmeti ile sağlanamaz, sosyal tedbirler alma zorunluğu da vardır.
* Sağlık ile sosyo - ekonomik koşullar arasındaki etkileşim önemli bilimsel araştırma konuları arasındadır.

Sosyal Hekimliğin Üç Temel Kuralı :

Sosyal hekimliğin en büyük kuramcısı da bir Alman hekimi olan Alfred Grotjahn (1869 - 1931) dır. Grotjahn sosyal hekimlik ilkelerini şöyle saptar :

* **En önemli hastalıklar bir toplumda en çok öldüren, en sık görülen ve en çok sakat bırakan hastalıklardır.**

Bu kurala göre Türkiye'de bugün için en önemli hastalık pnömonidir. Etimesgut bölgesi istatistiklerine göre pnömoniden ölüm hızı 0 - 4 yaş grubunda binde 5.8'dir. Bu hıza göre Türkiye'de her yıl 52.000 çocuk pnömoniden ölmektedir. İstatistikler pnömoni ölümleri sayısının her çeşit kanser ölümlerinin 3 katı ve kalp hastalıkları ölümlerinin 2.5 katı olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de 1950'lerden önce en önemli hastalık sıtma idi. Çünkü sıtma en yaygın olan ve çok işgücü kaybına sebep olan hastalıktı. Cumhuriyetin ilk yıllarında sıtma durumunu anlatan bir yazar şöyle diyor :

> «Hastalık 1924'de köylüleri tarlada ve yolda yerlere sererek harmanları yüzüstü bıraktırdı. Kasaba ve kentlerde fakir - zengin bütün halkı perişan etti. Hattâ bazı yerlerde okulları hastane gibi kullanmak zorunluğu doğdu».

Sakatlığa gelince; buna çocuk felci hastalığı örnek verilebilir. Çocuk felci çok yaygın bir hastalık olmamasına rağmen önemlidir. Çünkü ömür boyu sakat kalmanın önemli nedenlerinden biridir.

Bir ülkenin sağlık programlarında önceliklerin sosyal hekimliğin yukarıda belirtilen kuralı çerçevesinde saptanması gerektiği halde az gelişmiş ülkelerin çoğunda bu kuralın titizlikle uygulanmadığı görülmektedir. Bir ülkede hükümetin sağlık hizmetlerinde ne kadar halkçı olduğu program ve uygulamalarında bu kurala uyum derecesi ile saptanabilir.

* **Bir kişinin veya toplumun sağlık düzeyini belirleyen, kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan biolojik ve fizik çevre faktörlerini oluşturan veya bunların etkisini koşullayan etkenler sosyal ve ekonomik etkenlerdir.**

Bu kuralı açıklamak için Türkiye'de ve İsveç'te su ve besinlerle bulaşan bağırsak enfeksiyonlarının yaygınlığı kıyaslanarak incelenebilir. İsveç'te bağırsak enfeksiyonları Türkiye'ye kıyasla çok azdır. «Ne için?», buna verilecek ilk karşılık İsveç'te çevre koşullarının ve besin kontrolu hizmetlerinin bağırsak enfeksiyonlarının yayılmasına olanak vermeyecek kadar olumlu olduğudur.

Bu karşılık ikinci bir soru sormayı gerektirir. «Ne için Türkiye ve İsveç arasında çevre sağlığı ve besin kontrolu bakımından bu farklar vardır?». Bunun nedeni bir İsveçlinin insan dışkısının etrafa yayılmasına, ve sineklerin bulut gibi uçmasına dayanamaması, İsveç'in malî ve teknik personel gücünün çevreyi olumlu hale getirecek tesisleri yapmağa ve işletmeğe elverişli olmasıdır. Türkiye'de ise durum bunun tersidir. İşte Grotjahn bu kuralı ile, olayların altında yatan sosyal, kültürel etkenleri bulma gereğini vurgulamaktadır. Sağlık programları ancak bu etkenleri olumlu olarak etkileyecek şekilde planladığı ve uygulandığı takdirde başarıya ulaşır.

* **Bir kimsenin hasta oluşu sadece o kişinin sorunu değildir. Kişinin hastalığı ailesinden başlıyarak bütün toplumun sorunudur.**

Bu kuralı açıklamak için de örnekler verilebilir. Sosyal güvenlik kurumlarının gelişmediği bir ülkede bir aile reisinin tüberküloz olduğunu ve çalışamaz hale gelmesi sadece bu kişinin hastalığı mıdır, yoksa

ailenin bir sorunu mudur? Aile içi bulaşma bir yana, aile gelirini kaybedeceği için tüm ailenin beslenme, giyim ve konut koşulları bozulacak ve aile fertlerinin durumlarının bozulması onların da hastalanmalarına sebep olacaktır. Bir diğer örnek: Sıtma. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında **sıtma** sadece bu hastalığa yakalananların sorunu mu idi? Elbette. Sıtma ülkenin ekonomi ve savunma gücünü sarsan bir hastalık idi. Sadece çok yaygın hastalıklar ülke sorunu değildir. Her hastalanan veya ölen kişi ülke için bir kayıptır. 1954 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde bir ekonomist **insanın maliyeti** ve millî gelire katkısı konusunda bir inceleme yapmıştır. Bu araştırmaya göre, A.B.D.'de bir kişiye, üretici yaşa gelinceye kadar, ortalama 62.000 dolar yatırım yapılmaktadır. Bu nedenle erken ölümler ülke için büyük bir sermaye kaybıdır.

Bugünkü Durum:

Birinci Dünya Harbinden sonra sosyal hekimliğin önderlerinden biri Amerikalı bir hekim olan Henry Sigerist'tir. Sigerist'in sosyal hekimlik görüşü 4 noktada toplanır:

* Hekimlerin ilk görevi okulda ve toplumda halkı eğiterek sağlığı geliştirmektir.
* Toplum, hekimlerden sağlığı koruyucu yöntemler ve örgütler geliştirmelerini istemelidir.
* Hastaları tedavi, hekimlerin sağlığı koruma ve geliştirmede başarısızlığa uğradıkları zaman yapacakları iştir.
* İşgücünü kaybedenlerin güçlerini kazandırmak ve çevreye uyumunu sağlamak hekimin görevidir.

Birinci Dünya Harbinden bu yana sosyal hekimliğe katkıda bulunanların hepsini saymak olanaksızdır. Sadece iki büyük isme Fransa'da J. Parisot ve İngiltere'de John Ryle'ye işaret etmek yerinde olur. Ryle'nin «Değişen Disiplinler» adlı kitabından alınan aşağıdaki paragraf durumun, II. Dünya Savaşından sonra bile, tatmin edici olmaktan uzak olduğunu gösterir.

«Hayatımın otuz senesini klinik hekimliğinde öğrenci ve hoca olarak geçirdim. Bu 30 yıl süresince hastane servislerinde hastalıkların daha geniş açıdan olmasa bile - daima daha etraflı

ve ayrıntılı olarak daha karışık ve daha mekanik yöntemlerle icelendiğini gördüm. Bu dönemde klinik hocaları ve hastanelerde çalışan araştırıcılar; insanın bir ailenin ve daha büyük bir sosyal grubun ferdi olduğu, insanın sağlığının ve hastalığının evinde, çalıştığı madende, fabrikada, dükkânda, denizde veya karadaki işyerindeki şartlarla ekonomik imkânlarına bağlı olduğu hususlarına yeteri kadar önem vermediler. Fakültelerde tıp eğitimi hasta başına patoloji ve tedaviye inhisar eden teknik bir eğitim mahiyetini aldı. Hastanelerdeki eğitim materyali de acil vak'alar bir tarafa bırakılırsa genellikle uzun zaman hastanede kalmalarına rağmen tedaviden ve yapılan muayenelerden hastaların büyük ümitlerle şifa beklemelerine rağmen, az faydalanan son aşamadaki vak'alardı. Ne kadar gariptir ki, hekim ve cerrahların çoğu hastalıkların nedenleri ve hastalıklardan korunma hususları ile pek az ilgilenmişlerdir. Halbuki hastalıkların nedenlerini iyice bilmek lâzımdır ki onlardan korunma mümkün olabilsin. Bunlar halâ bugün dahi hastalıkların nedenlerini ve onlardan korunmayı araştırma olanakları yoktur ve bunun nasıl yapılacağını da öğrenmemişlerdir. Bu hekimlerin üzerinde çalıştıkları materyalin seçiminde dört hususa önem verilmektedir : Hastalığın vahim oluşu, teşhisi zor veya nadir bir vaka oluşu, başka sebeplerle hastaneye alınmasının uygun oluşu, sık görülen hastalıklar öldürücü olmayan hastalıklar, hastalığın başlangıç devrindeki vakalar ise «eğitime elverişsiz» diye bir yana itilmektedir. Bu hekimler, toplumdaki sağlık ve hastalık, bunların sosyal hayat ve iş şartlarıyla ilgisini kendi konuları dışında saymaktadırlar.»

Sosyal hekimliğin gelişmesinde değinilmesi gereken en önemli olay sosyal hekimliğin temel ilkesi olan «**Herkese eşit hizmet**» ilkesinin İnsan Hakları Bildirgesi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında aşağıdaki biçimde yer almasıdır :

> «Irk, din, politik inanç, ekonomiik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir».

Ülkemizde 1961 ve 1982 anayasalarında sağlık kişi için bir hak, Devlet için ödev olarak kabul edilmiştir :

«VII. Sağlık Hakları (1961 Anayasası) :

Madde 49 — Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır».

1982 Anayasasında sağlık hakkındaki hüküm şudur :

«Madde 56 — Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmek, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir».

VI. İNSAN EKOLOJİSİ

Ekoloji canlılar ile çevre arasındaki ilişki ve etkileşimi inceleyen bilim dalıdır. Ekolojik düşünün temel kuralı canlının çevresi ile bir bütün olduğu, sürekli olarak birbirlerini etkilediği ve birbirlerinden etkilendikleridir. Bu kural, insan için, insanın sağlıklı yaşamı için de geçerlidir. Bu nedenle insan sağlığı ile ilgilenenlerin «Çevre» yi çok iyi incelemesi gerekir. Bunu yapabilmek için de önce çevreyi öğelerine ayırmak ve sonra da bu ögeler arasında ve ögeler ile insan arasındaki ilişki ve etkileşimi inceleyerek tüme varmak gerekir.

İlk aşamada çevreyi biolojiik, fizik ve sosyo - kültürel çevre olarak üçe ayırabiliriz.

Biolojik Çevre :

Biolojik çevremizi oluşturan canlılar ve bunların ürünleri dört grupta toplanabilir.

Mikroorganizmalar : Bu canlılar her yerde yaygın olarak bulunurlar. Bunları da bizim için yararlı veya zararlı veya bize ne zararı ve ne de yararı olanlar diye üçe ayırabiliriz. Örneğin azot tesbit eden bakteriler baklagillerin köklerinde yaşarlar ve hava azotundan, beslenme bakımından en önemli besin olan proteinlerin sentezinde rol oynarlar. Besin sanayiinde ve fermantasyon teknolojisinde rolü olan mikroorganizmler, bağırsaklarda yaşayarak konağın bazı vitamin gereksinmesini sağlayan bakteriler yararlı yaratıklardır. Buna karşılık kolera vibriyonu, tifo basili, çocuk felci virüsü gibi mikroorganizmler insan hayatını tehdit eden yaratıklardır.

Vektörler: Vektörler hastalık yapan mikroorganizmaları insana taşıyan, bunları insan vücuduna sokan, artropodlardır. Bazı bilimciler kemiricileri de vektörlerden sayarlar. Aslında artropot ve kemiricilerin hayvanlar arasında incelenmesi düşünülebilirse de halk sağlığı bakımından önemlerinden dolayı ayrı olarak ele alınmaları daha uygundur.

Vektörler ile bulaşan hastalıkların sayısı ve vektörlerin çeşitleri pek çoktur. Kemiriciler arasında sıçan, yer sincabı, tarla faresi, artropotlar arasında sivrisinek, tahtakurusu, sinek, pire, bit, hamam böceği, kene ve kurtlar önemli vektörlerdendir. Vektörlerin insan sağlığına yapabilecekleri zararı, başka hiç bir canlı yapamaz. Örnek olarak pirelerle bulaşan veba, sivrisinekler ile bulaşan sıtma ve bitle bulaşan lekeli humma gösterilebilir. Tarih boyu çok büyük salgınlar yapan ve yüzmilyonlarca insanı öldüren bu hastalıklardan korunmanın etkili yolu çevrede bu hastalıkları taşıyan vektörleri yok etmektir. İnsanların vektörleri kontrol çabaları tıbbî entomoloji biliminin doğuşuna neden olmuştur. DDT'nin keşfi ile insanlar insan - vektör savaşında büyük bir üstünlük sağlamışlardır. DDT'nin keşfini yeni birçok insektisit keşfi de kovalamıştır. Ancak insanların üstünlüğü kısa sürmüş ve insektisitlere dirençli vektör suşları üreyerek vektörlere yaşamlarını sürdürme olanağı sağlamışlardır.

Bitkiler, Hayvanlar: İnsanların dünya üzerinde yaşamaları, bitkilerin varlığına bağlıdır. Bununla beraber az da olsa aralarında zararlı olanlar da vardır. Bunlar mantarlar ve delice gibi zehirli bitkilerdir.

İnsanın biolojik çevresindeki hayvanların çoğu insanın yaşamı için gerekli olmakla beraber hasta hayvanlar insan sağlığı ve hayatı için büyük bir tehlike kaynağıdır. Bunun sebebi insan ve hayvanların müşterek hastalıkları olan zoonozlardır. Zoonozların sayısı yüzden fazladır. Bunlar arasında kuduz ve veba gibi öldürücü olanlardan saçkıran gibi göreceli olarak basit hastalıklara kadar her çeşidi vardır. İnsanın hasta hayvanlarla direkt teması olmasa dahi insan hasta hayvanın eti, derisi ile temas ve sütünü içerek hastalık alabilir. Aynı zamanda köpek ve kedi gibi hayvanlarda —özellikle memleketimizde kuduz yönünden— tehlike kaynağıdır. İnsanların biolojik çevresinde hayvanlardan gelen zararları önlemek veterinerlik hizmetidir. Bir ülkede kuduz, şarbon, bruselloz hayvanlar için bir sorun olduğu sürece insanlar için de bir tehlike olmağa devam eder ve insanlar arasında hastalık çıkması önlenemez.

İnsan hayatını doğrudan tehdit eden hayvanlar arasında çevremizde bulunan yılan, akrep, zehirli örümcek ve hattâ vahşi hayvanlar sayılabilir.

Hayvanlardan bahsederken insanı da unutmamak gerekir. Bir kişinin çevresinde bulunan diğer insanlar hasta olmasalar bile o kişinin sağlığına zararlı etkiler yapabilirler.

Hayvansal ve Bitkisel Besinler: Yaşamın sürmesi için gerekli üç ögeden biri besinlerdir. Bununla beraber besinler zehir veya hastalık etkenleri ile bulaşırsa sağlık için zararlı olabilir. Tifo, besin zehirlenmesi, botulism, dizanteri, hepatit, çocuk ishali, kolera ve çocuk felci gibi hastalıklar ile mantar ve delice gibi zehirli bitkilerin neden olduğu zehirlenmeler besinlerden gelebilecek zararların örnekleridir. Besinler arasında sağlık için tehlikeli olma olasılığı en çok olan et süt ürünleridir. Halk sağlığı hizmetleri arasında besinlerin hastalığa neden olmaması ve standartlara uygun biçimde üretilmesi ve dağıtımı çok önemli bir konudur. Bu hizmet Besin Hijyeni biliminin konusudur.

Fizik Çevre:

Fizik çevremizde sağlık yönünden en önemli ögeler su, atıklar ve barınaklardır. Bunların yanında iklim, hava kirlenmesi, su kirlenmesi, ışınlar, gürültü, giyim eşyası, sağlığa zarar verebilecek tesisler (örneğin, fabrika, işyeri, v.b.), genel yerler (örneğin lokanta, otel, sinema, taşıtlar, yüzme havuzları, plajlar, v.b.) ve mezarlıklar da sağlık için tehlikeli olabileceğinden bunların kontrolu da çevre sağlığı hizmetleri arasındadır.

Fizik çevrenin incelenmesi ve insan sağlığı açısından olumlu duruma getirilmesi hizmetleri halk sağlığı bilim dalları arasında Çevre Sağlığı (Environmental Health) ve Uygulamalı Fizyoloji (Applied Physiology) bilimlerinin konusudur.

Çevre sağlığı bilimi ve hizmetleri sağlık mühendislerinin görevidir. Bununla beraber hekimlerde çevresel ögelerin sağlığı nasıl etkilediğini incelemeleri ve mühendislere yol göstermeleri gerekir. Uygulamalı fizyoloji ısı, rutubet, gürültü gibi çevresel ögelerin fizyolojik fonksiyonları nasıl etkilediğini inceleyen bilimdir.

Az gelişmiş ülkelerde Fizik Çevrede sağlık için en çok önemli olan ögeler su hijyeni, atıkların yok edilmesi ve barınak hijyenidir. Şehirleş-

me ve sanayileşmenin yarattığı sorunlar arasında da hava ve suların kimyasal kirlenmesi ile radyasyon vardır.

Su : İnsanın üç temel gereksinmesinden biridir. En fazla eğitim görmüş bir insan dahi temiz su bulamayınca bulduğu su ne kadar pis olursa olsun —kendisini hastalandıracağını da bilse— içer veya kullanır. İnsanlar suya sadece kendileri için muhtaç değildir. Hayvanlar için, tarım ve sanayi için, temizlik için, yangın söndürme için, eğlence için de suya ihtiyaç vardır. 1890 yılında şehirlerde nüfus başına günde 400 litre suya ihtiyaç olduğu kabul edilirdi. Bu miktar bugün 1500 litre olarak kabul edilmektedir. Bir ev halkının su ihtiyacı hesaplanırken, su kaynağının cinsi de hesaba katılır. Su kuyudan çekiliyor veya uzak çeşmeden getiriliyorsa günde adam başına 22 litre, evde bir musluk varsa 45 litre, evde banyo ve her türlü sıhhî yapıtlar varsa 150 litre suya ihtiyaç vardır.

Bir suyun içilebilimesi ve ev işlerinde kullanılabilmesi için fizik ve kimyasal nitelikleri uygun olması (berrak ve kokusuz olması, organik maddeler, amonyak ve nitrat ihtiva etmemesi, sert olmaması yani fazla kireçli olmaması ve içinde bağırsak bakterileri bulunmaması) gereklidir. Bunlardan özellikle önemli olan suda E. Coli bulunmamasıdır.

Dışkı ve Pis Sular : Dışkı ve pis suların zararsız hale getirildikten sonra derelere, göllere veya denize dökülmesi, su ve besinlerle bulaşan hastalıkların yayılmasını önlemekte çok önemlidir. Bu sorunun en iyi çözümü, her evin apteshane ve pis su borularının kanalizasyon şebekesine bağlanması ve şebekenin sonunda lâğım sularını arıttıktan sonra dışarı atan tesisler kurulmasıdır.

Kanalizasyon yapmak çok pahalıya mal olduğundan, fakir ülkeler bu tesisleri kuramamaktadır. Bunun yerine septik tank sisteminden yararlanılmaktadır. Kırsal bölgede septik tanklara kıyasla daha ucuz olan kapalı çukurlar da kullanılır. Kapalı çukurlarda dikkat edilmesi gereken husus çukurlara karasinek girmesini ve yeraltı sularının kirlenmesini önlemektir.

Çöpler ve Gübreler : Şehirlerde çöplerin, köylerde çöp ve gübrelerin ortadan kaldırılması, koku, çirkin görünüş ve karasinek üremesi bakımından önemli bir sağlık sorunudur. Çöplerin ortadan kaldırılması terimi çöplerin evlerde uygun kaplarda biriktirilmesi, çöplerin evlerden belirli aralıklarla toplanması ve taşınması, toplanan çöplerin yok edilmesi veya değerlendirilmesini kapsar. Toplanan çöpler yerleşme yerin-

den uzak yerlere dökülerek, toprağa gömülerek veya yakılarak yok edilir. En iyi yöntem madenler, cam, kâğıt gibi tekrar hammadde olarak kullanılabilecek çöpleri ayrıldıktan sonra, geri kalan organik artıklardan da gübre yapılmasıdır.

Hayvan dışkılarından gübre veya tezek yapılmasında dikkat edilecek husus dışkının en geç 14 günde tamamen kurumasını sağlayarak karasinek üremesini önlemektir. Aynı maksatla gübre yığınları da 7 - 10 günde bir alt-üst edilmelidir.

Barınaklar: İnsanların temel gereksinmesinden biri de barınaklardır. İnsan, güvenliği ve dış etkenlerden korunmak için bir barınağa gereksinir. Barınaklar sağladıkları yararlar yanında —sağlık koşulları yetersiz ise— sağlık için zararlıdır.

Barınaklarda aranan nitelikler dört grupta toplanır.

1. Fizik Nitelikler:
   * İçinde yaşayan insanı soğuktan ve sıcaktan en iyi şekilde koruyacak nitelikte olmalıdır.
   * Havası temiz kalmalıdır.
   * Rutubeti olmamalıdır.
   * Direkt gün ışığı girmeli, yeterli ve uygun şekilde ışık almalıdır.
   * Oturma, yemek, yatmak gibi ev hayatının gereklerine yetecek büyüklükte olmalıdır.
   * Kolay temizlenebilmelidir.
2. Psikolojik Nitelikler:
   * İçinde yaşayanlarda emniyet hissi sağlamalıdır.
   * İçinde yaşayanların istedikleri gözden uzaklığı sağlamalıdır.
   * Aile içi ve aileler arası sosyal hayatı sağlayacak imkânlar bulunmalıdır.
   * Toplumun ev standardına uygun olmalıdır.
3. Sağlık Koşulları:
   * Barınakta yeter akarsu bulunmalıdır. Evde akarsu yoksa suyun nasıl saklandığı ve yeterli olup olmadığına bakılır. Sağlık yönünden suyun temizliği kadar vücut, çamaşır ve ev temizliği için yeterince kullanılması da önemlidir.

* Evin apteshanesi en azından kapalı çukur olmalı, çukura karasinek girmesi önlenmeli ve apteshaneyi kullananlara el yıkama olanağı sağlanmalıdır. Soğuk iklimlerde bahçeye çıkmadan apteshaneye erişilebilmelidir.
* Yiyecekleri karasinek ve farelerden koruyacak ve bozulacak yiyecekleri soğukta saklayacak olanaklar olmalıdır.
* Evde —özellikle yatak odalarında— herkese yeter hacim olmalıdır. Yeter hacim olmaz ise temas ve solunum yolu ile geçen hastalıklar önlenemez.

4. Kazaların Önlenmesi: Ev kazaları bilhassa çocuklar için küçümsenemeyecek bir sağlık sorunudur. Bunlar ekseriya barınak yapımında bilgisizlikten doğmaktadır. Ev kazaları beş grupta toplanabilir. Ev yapımında ve evde yaşarken bu kazaları önleyici önlem alınmalıdır.

* Barınağın kısmen veya tamamen çökmesi,
* Yangın,
* Elektrik kazaları,
* Soba ve ocağa düşmek,
* Mekanik kazalar (merdivenden düşmek, eşiğe takılıp düşmek gibi).

Hava Kirlenmesi: Hava kirlenmesi denince şehirlerde açık havanın kirlenmesi anlaşılır. Hava kirlenmesinin sağlığa zararı SO_2 ve CO ile Benzpyrene gibi kanser yapan kimyasal maddelerden ileri gelir. Aynı zamanda duman ve sisin psikolojik zararlı etkisi de küçümsenmeyecek bir olaydır. Kirli havadaki kanser yapan maddelerin akciğer kanserini arttırdığı kesin olarak saptanmamıştır. Hava kirlenmesi bilhassa kronik obstrüktif akciğer hastaları için büyük tehlikedir. SO_2 tahrişi ile bu hastalıklar ağırlaşır.

1930 yılında Belçika'da Liege şehri üzerinde biriken yoğun duman ve sis dört gün dağılmamış ve binlerce insanın hastalanmasına ve 63 kişinin ölümüne sebep olmuştur. Yapılan hava analizlerinde fazla SO_2, asit sülfürik ve çeşitli kimyasal maddeler bulunmuştur. 1948 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Donora kasabası (nüfusu 12.000) üzerinde biriken duman ve sisten 20 kişi ölmüş kasaba halkının yarısından fazlası hastalanmıştır. 1952 yılı Aralık ayında Londra'da şehir üzerinde biriken duman ve sis dağılmamış ve 4000 kişinin ölümüne sebep olmuştur.

Hava kirlenmesinin önlenmesi güç ve pahalı bir iştir. Kesin çözüm evlerde ve sanayide elektrik enerjisi ve doğal gaz gibi dumansız ve kükürtsüz yakıt kullanmaktır. Bundan sonra seçilecek yöntem kömürü dumansız yakabilecek ocaklar ile merkezî ısıtma tesisi kurmaktır. Bacalara filtre koymak, ocakçı eğitimi, kömürü iyi yakan ocak kullanmak gibi önlemler havanın kirlenmesini önleyemez, sadece azaltabilir.

Büyük şehirlerde taşıtların eksoz gazlarının neden olduğu hava kirlenmesi de karbon monoksit ve kurşun zehirlenmesi yüzünden önemlidir ve kontrolu oldukça güçtür.

Kimyasal Kirlenme: Suların, toprağın ve besin maddelerinin kimyasal kirlenmesi zamanımızın en önemli çevre sorunlarından biridir. Dünya nüfusu arttıkça ve sanayileşme yayıldıkça daha da önemli bir sorun olacaktır. Kimyasal maddelerin zararlı etkileri akut ve kronik zehirlenmeler yanında mutajenik, karsinojenik ve teratojenik etkiler olabilir. Doğada bulunan civa, arsenik, kurşun ve bir kısım organik zehirler gibi toksik kimyasal maddeler yanında insanoğlunun sentez ettiği zararlı kimyasal maddeler de vardır. Kimya sanayiinin ürettiği ve doğada doğal olarak bulunmayan kimyasal maddelerin sayısı 60.000 dolayındadır ve bu sayıya her yıl 200 - 1000 yeni madde eklenmektedir. Bunlar arasında pestisitler, insektisitler ve deterjanlar gibi çok kullanılan maddeler vardır. Üretilen yeni kimyasal madde ilaç değilse insan sağlığı üzerine kısa ve uzun vadede yapacağı etkiler incelenmeden piyasaya sürülmektedir. Bu maddelerin teratojenik, karsinojenik ve mutajenik etkilerinin doğurduğu facialar sayılamayacak kadar çoktur.

Son yıllarda kanser morbiditesi hızla artmaktadır. Bunun nedeni çevrede karsinojen maddelerin artışıdır. Yapılan tahminlere göre tüm kanserlerin nedenlerinin üçte ikisi kimyasal maddelerdir. Uluslararası Kanser Enstitüsü'nün yayınlarına göre çevremizdeki kimyasal maddelerden 181'i kesin olarak karsinojendir.

Su kirlenmesinin önemini belirtmek için suyun civa bileşikleri ile kirlenmesi örnek olarak verilebilir. Japonya'da Minamata Körfezi'ne dökülen Agano Nehri'ne sanayi atıkları olan metil - civa ve benzeri bileşikler atılmakta idi. Sudan balıklara geçen ve balıklarda biriken bu civa bileşikleri 1967 ve 1974 yıllarında bu balıkları yiyenlerde iki önemli zehirlenme salgınına neden olmuştur. Bu salgınlarda 1400'den fazla insan hastalanmış ve 55 kişi ölmüştür. Civa bileşikleri ile görülen büyük bir zehirlenme salgını da Irak'ta alkil - civa fungusitleri ile ilaçlanmış

buğdayları yiyenlerde görüldü. 1971 yılındaki bu salgında 6000 kişi hastalandı ve 500 kişi öldü.

Toprak kirlenmesine örnek olarak da Dioksin ile kirlenme gösterilebilir. Amerika Birleşik Devletleri ordusunun Vietnam savaşında savaş alanlarında bitkileri yok etmek için kullandığı «Agent Orange» büyük bir faciaya neden olmuştur. İnsan için zararsız sanılan bu maddenin içindeki bir diğer madde, dioksin, çok kuvvetli bir mutajen, teratojen ve karsinojendir. Bu maddeye maruz kalan Amerikan askerleri kanserden ölmekte, çocukları sakat ve hastalıklı doğmaktadır. Bu maddeye daha büyük ölçüde maruz kalan Vietnamlılarda ne olduğu bilinmemektedir. Dioksin ile çevrenin kirlenmesinin diğer bir örneği, İtalya'da kimyasal madde üreten bir fabrikadan çevreye dioksinin yayılmasıdır. Büyük bir facia fabrikanın ve civarındaki kasabanın hemen boşaltılması ile önlenebilmiştir.

Işınlar: Ionizan olmayan ışınların sağlık üzerine olumsuz etkileri sınırlıdır. Bunların genellikle dokularda yanıklara neden oldukları bilinmektedir. Bu ışınlara en duyarlı organlar göz ve deridir. Çok küçük frekanslı ışınlar katarakta, mor ötesi ışınlar kornea lezyonlarına, laser ışınları gözde körlüğe kadar varan retina yanıklarına veya damarları yakarak damarların tıkanmasına neden olur. Önemli olan ışınlar ionizan ışınlardır. Ionizan ışın kaynakları tabii olduğu gibi insan eliyle de yaratılmış olabilir. Tabii radyasyon kaynakları ve çıkardıkları ışınlar dünyanın yaratılışından beri mevcut olmakla beraber bu kaynakların şiddeti çok az olduğundan ışınları insan sağlığı için tehlikeli değildi. Röntgen makinalarının tıp ve sanayide geniş ölçüde kullanılması, radioaktif izotopların gittikçe artan ölçüde üretimi ve tıpta, tarımda, sanayide geniş ölçüde kullanılması ve nihayet nükleer parçalanma veya birleşmeden doğan enerjiden gerek harp aracı olarak gerekse gemilerde, termik santrallarda enerji kaynağı olarak faydalanılması durumu değiştirmiş ve radyasyonlar insan sağlığı bakımından en önemli fizik faktörler sırasına girmiştir. Gelecekte radyasyonların sebep olacağı hastalıklar daha da önem kazanacak ve geçen yüzyıllarda enfeksiyon hastalıkları derecesinde toplumu etkileyecektir. Hiroşima ve Nagazaki'de atom bombasının etkisinin hiçbir bulaşıcı hastalıkla kıyaslanamıyacak kadar büyük oluşu bunun delili sayılabilir.

Radyasyonların sağlığa zararlı etkileri başında kanser ve benzeri hastalıklara sebep olmaları gelir. Radyasyonlar lökosit sayısının düşmesine ve antikor sentezinin yavaşlamasına neden olarak da enfeksiyon-

lara direnci azaltır. Nagazaki ve Hiroşima'da birçok kimse, radyasyonların direkt etkisi ile değil, enfeksiyonlara dirençlerini kaybederek basit hastalıklardan ölmüşlerdir. Radyasyonların bir diğer biolojik etkisi de genleri tahrip ederek mutasyona neden olmalarıdır. Bu hal doğacak çocuklarda sakatlık ve arızalara sebep olacağından nesil sağlığı bakımından önemlidir.

Hiroşima ve Nagazaki'de atom bombasının etkisi hiçbir bulaşıcı hastalıkla kıyaslanamıyacak kadar genişti. Sulhçu amaçla gamma ışınları ve izotopların kullanıldığı yerlerde alınan güvenlik önlemlerindeki aksaklıklar ve radyoaktif atıkların çevreye yayılması olasılığı insanın çevresinde yarattığı yeni tehlikelerdendir.

Sosyal ve Kültürel Çevre :

Bir yazar, «Çocuk iki dünyaya doğar» der. Bunlardan biri dağları, ormanları, dereleri, göl ve denizleri ile fizik dünya diğeri atalarının ve yaşlıların yarattığı kültür dünyasıdır. Bu deyimi açıklamak için örnek olarak beslenme verilebilir. İnsan yaşamak için fizik dünyasındaki besinleri yemek zorundadır. Ama kişinin ne yiyeceğini ve nasıl yiyeceğini onun kültür dünyasındaki inanç ve alışkanlıkları saptar. Bu kitabın sosyal hekimlik bölümünde de belirtildiği gibi sağlık ve hastalığın temel nedenleri sosyal ve kültürel olgulardır. Bu bölümde sosyal ve kültürel ögeler biraz daha ayrıntılı olarak verilecektir.

Kültür : Kültürün pek çok tanımı vardır. Bu, kültürü tanımlamanın güçlüğünü gösterir. Taylor'un 1891 yılında yaptığı aşağıdaki tanım en doyurucu olandır.

> «Kültür, insan tarafından içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlâk, kanun kuralları, gelenek, alışkanlıklar ve yeteneklerin meydana getirdiği karmaşık tümdür.»

Bir kişinin her davranışını kültürü yönlendirdiği için kişinin sağlığını korumak, hasta iken tedavi edebilmek için onun kültürünü de, sağlık ile ilgili değer hükümlerini de bilmek gerekir. O hükümlere aykırı düşen önerilerin kabul edilmesi zordur, hattâ olanaksızdır. Bir hekim Mısırlı bir çiftçiye hayvanları ile bir yerde yatmamasını, bunun sağlığa zararlı olduğunu söyler. Çiftçinin cevabı şudur: «Hayvanlarım

benim tek servetim, en değerli malımdır. Onların sayesinde hayatımı ve gıdamı kazanır, ailemi geçindiririm. Onları da çocuklarım kadar severim. Geceleri beraber olmazsak çalınabilir, kaçabilir, kazaya uğrayabilir». İnsanlar için —bizim hiç düşünmediğimiz— bazı şeylerin ne kadar önemli olduğunu Mısır'da geçen bu olay çok iyi açıklamaktadır. Böyle düşünen bir adamın ahır - evde yatmaktan vazgeçmesi için değer hükmünü değiştirmesi gerekir.

Kültür ile ilgili ve bilinmesi gereken bir gerçek de herkesin kendi kültürünü beğenmesidir. Örnek olarak Eskimoların Grinland'de yapılan entropolojik bir araştırmayı algılayışları gösterilebilir. Eskimolar bu araştırmayı «yaşantımız, geleneklerimiz ve âdetlerimiz o kadar üstün ki, Avrupalılar bunları öğrenip onlar da aynını yapacak» diye değerlendirmişlerdir. Bu kişinin kendi kültür değerlerine sıkıca bağlı olduğunun kânıtıdır.

Kültürün önemli bir diğer özelliği yaşayan bir varlık oluşu, sürekli olarak değişmesidir. Özellikle teknolojik gelişmeler kültürün de değişmesine neden olur. Kültür, yavaş da olsa, uygun bir eğitimle de istenen yönde değiştirilebilir.

Sosyal Yapı : Toplum (Society), belirli bir yerde, uzun süre yaşayan ve yaşayacak olan, kendi kendine yeterli, sosyal örgüt ve kurumları ile beraber kişilerin oluşturduğu bir topluluktur. Toplumun yapı ögeleri aileden başlayarak küçük sosyal gruplar, örgütler, kurumlar, sosyal sınıflar ve topluma (Society) kadar gittikçe genişleyerek gider.

Aile : Dört tip aile vardır :

* Çekirdek Aile (Nuclear family) : Ana, baba ve evlenmemiş çocuklardan kurulmuş ailedir.

* Geniş Aile (Extended family) : Ana, baba ve evlenmiş çocuklarla beraber bunlara kan veya evlenme nedeni ile bağlı kişilerden teşekkül eder.

* Ataerkil Aile (Patriarchal family) : Baba, evli oğulları, gelinleri ve torunlarından kurulu ailedir. Ailede hâkimiyet babadadır.

* Dağılmış Aile (Broken family) : Eşlerin ölüm, boşanma gibi nedenlerle birbirinden ayrılmış olduğu aileye dağılmış aile denir.

Ev Halkı : Ev halkı, aralarında aile bağı bulunsun veya bulunmasın aynı evde veya evin bir kısmında yaşayan, aynı kazandan yiyen, evin hizmetlerini birlikte yürüten bir veya birkaç kişiden kurulu bir topluluktur. Ev halkı genellikle çekirdek aile etrafında kurulur ve kişiler arasındaki bağ biolojik olmaktan ziyade sosyo - ekonomiktir.

Sosyal Örgüt (Social Organization) : Sosyal örgüt, özel bir görevi olan ve kişilerin belirli bir amaca ulaşmak amacı ile kurdukları sosyal birimdir. Birkaç kişinin beraberce çalıştığı bir bakkal dükkânından veya bir işyerinden büyük bir şirkete veya fabrikaya kadar her türlü ticaret ve sanayi kuruluşları, bir askerî birlik, bir okul, bir sendika, bir kulüp, bir hastane, bir gönüllü dernek birer sosyal örgüt örneğidir.

Sosyal Kurum (Social Institution) : Sosyal kurum temel sorunlarda ve değişen koşullar altında davranışa yön veren kuralların uygulandığı ve aynı nitelikteki örgütlerden oluşur. Din, ekonomi, politika, eğitim, sağlık ve askerlik birer sosyal kurumdur.

Sosyal Sınıf : Üretim ilişkilerine dayanan sosyal sınıflama yanında sosyal araştırmalarda kullanılan sınıflamalar da vardır. İngiltere'de sosyal araştırmalarda, genellikle, aşağıdaki sınıflma kullanılmaktadır :

I. Üst ve orta sınıf (hekim, mühendis, mimar, yazar),
II. Ara sınıf (öğretmen, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, çiftlik sahibi, küçük iş sahibi gibi alt meslek grubundan olanlar),
III. Usta işçiler ve büro memurları sınıfı : (sanatkârlar, memurlar, ustalar ve amele başları ve benzerleri),
IV. Ara sınıf (fabrika ve tarım işçileri ve benzerleri),
V. Kalifiye olmayan işçiler (işçi, hizmetçi ve geçici işçi ve benzerleri).

Amerika'da kullanılmış olan sınıflandırmalardan birinde halk gelirine göre üst, orta ve alt tabaka olarak üçe ve her sınıf da tekrar üst ve alt diye ikiye ayrılarak altı sınıfta (üst - üst, üst - alt, orta - üst, orta - alt, alt - üst ve alt - alt) toplanmıştır.

Sağlık ve Sosyal Yapı İlişkisi :

Sağlık ile sosyal yapı arasındaki ilişkide ilk önce ev halkını ele almak gerekir. Ev halkı, sağlık bakımından aileden daha önemli bir bi-

rimdir. Hastalık hiçbir zaman bir evde yaşayan bir bireyin sorunu değildir, tüm ailenin ve ev halkının sorunudur. Hastalanan birey bulaşıcı bir hastalığa yakalandı ise ev halkının diğer bireylerinin de hasta olması olasıdır. Hastalık bulaşıcı olmasa bile bir evde bir hastanın bulunması ailenin «Sosyal İyilik» halini bozar. Bazı ruh hastalıklarında da neden ailedeki davranış bozukluklarıdır. Bu neden ile bazı psikiatristler hasta olarak başvuran kişiyi değil bütün aileyi tedavi gerekliliğini ileri sürerler. Genetik hastalıklarda ise aile temel birimdir.

İngiltere herkesin eşit sağlık hizmetine kavuştuğu bir ülkedir. Bununla birlikte sosyal sınıflar arasında, (Tablo 1 ve 2'de) görüldüğü gibi bebek ölümleri ve bazı hastalıklara özel ölüm hızları arasında fark vardır. V. sınıfta bebek ölüm hızı 32 yılda I. sınıfın 1921 yılı düzeyine kadar düşmüş ise de değişen koşullar altında I - IV sınıfların sağlık düzeyi daha da düzelmiştir. Bu gözlem sağlık düzeyinde önemli hususun sadece hizmetin varoluşu değil kullanılışının da önemini göste-

Tablo 1 — İngiltere ve Gal'de Standardize Ölüm Hızları (Erkek, Yaş 20 - 64)

	Sosyal Sınıflar				
Bütün Sebepler	I	II	III	IV	V
1921 - 1923	82	94	95	101	125
1930 - 1932	90	94	97	102	111
1949 - 1953	98	86	101	94	118
Özel Sebepler					
1949 - 1953					
Solunum Yolu Tüberkülozu	58	63	102	95	143
Mide Kanseri	57	70	101	112	130
Bronşit	34	53	98	101	171
Akut Polyemielit	295	171	90	63	42
Lösemi	123	98	104	93	89
Koroner Hastalığı	147	110	105	79	89

Tablo 2 — İngiltere ve Gal'de Sosyal Sınıflara Göre Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)

Yıllar	Bütün Sınıflar	I	II	III	IV	V
1921	79.1	38.4	55.5	76.8	89.4	97.0
1930 - 1932	61.6	32.7	45.0	57.6	66.8	77.1
1949 - 1953	29.5	18.7	21.6	28.6	33.8	40.8

ren değerli bir gözlemdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde de (Tablo 3'de) görüldüğü gibi, hastalanma yüzdesi ailenin sosyo - ekonomik durumu bozuldukça artmaktadır.

Tablo 3 — Çeşitli Sosyal Sınıflarda Kronik Hastalıkların Prevelansı

Sosyo - Ekonomik Durum	Hasta Yüzdesi 1923 Yılında	1943 Yılında
Zengin	27.7	29.3
Hali Vakti Yerinde	47.3	39.8
Orta Halli	55.0	41.1
Fakir	57.7	50.6
Çok Fakir	61.3	44.0

Sonuç olarak kişinin sağlık hizmetinden yararlanmasını, hizmetin kendisine sunuluşu kadar, o kişinin sağlık hizmetleri alanındaki inanç, bilgi, değer, hükümleri ve alışkanlıklarının saptadığı hususunu yeniden vurgulamak gerekir. Hekimler dahil tüm sağlık personeli bu gerçeği bilmeli, benimsemeli ve kişileri, sağlık hizmetinden yararlandırmak için, eğitmek yolunda elinden gelen herşeyi yapmalıdır. Bu kolay değildir ve halk eğitilmeğe karşı dirençlidir. Direncin en önemli nedenlerinden biri değişik bir uygulamanın doğurabileceği tehlikelerden kaçma düşüncesi ve değişikliğin durumu daha fena yapacağı endişesidir. Değişikliğe karşı direnci en iyi belirten bir Boşnak Atasözüdür. Boşnaklar «Köyümüzü yıkmak, âdetlermizi değiştirmekten daha kolaydır» derlermiş. Aynı anlamda bir Vietnam atasözü de «Kralın düzeni köy duvarlarından içeri giremez» dir. Değişikliğin güç olmasında çevre şartlarının uygun olmayışı, maddî olanaksızlıkların da rolü vardır. Toplum liderlerinin rehberliği, hükümetlerin tazyiki ve koşulların değiştirilmesi eğitimi hızlandıran faktörlerdendir.

Sosyal bilimcilerin hekimliğe kazandırdığı bilgiler üzerinde de durmak gerekir. Bunlar arasında en önemli olanlar şunlardır:

* Hastaların davranışı,
* Hasta - hekim ilişkisi,
* Hekim - hemşire ilişkisi,
* Şehirleşmenin sağlığa etkisi,
* Sanayileşmenin sağlığa etkisi.

VII. HEKİMLİKTE ÇAĞDAŞ GÖRÜŞLER

İlkeler :

Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın insan hakkı olarak kabul edilmesi, sağlığı korumanın öncelik kazanması, toplum içinde hekime başvurmayan hasta sayısının başvuranlardan çok oluşu ve kişilerin sağlık davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan sağlık eğitiminin hekimlikte çok önemli bir müdahale (intervention) olduğunun anlaşılması hekimlik uygulamalarında büyük bir değişiklik yapılması zorunluğunu doğurmuştur. Geçmişte ve gelecekteki hekimlik uygulamaları arasındaki farklar (Tablo 4'de) özetlenmiştir.

Çağdaş tıp uygulaması ile geleneksel hekimlik uygulamaları arasındaki önemli farklardan biri hizmet edilen kişinin değişmesidir. Geleneksel uygulamada hizmet sunulan kişi, hekime başvuran hastadır. Çağdaş tıp uygulamalarında ise kişiye doğuştan ölümüne kadar sürekli hizmet sunmak esastır. Bunun nedenlerinden biri kişileri hastalıklardan korumak ve erken teşhis ve tedaviyi sağlamak, diğer nedeni ise kültürel, ekonomik ve diğer nedenler ile hekime başvurmayan hastaları bulmak ve onlara hizmet edebilmektir. Bu ilkeyi uygulayabilmek için de hekim ve iş arkadaşlarının hastane ve muayenehanelerin dört duvarını aşmaları toplum içine girmeleri ve evlere kadar ulaşabilmeleri gerekir.

Sağlık hizmetlerinde ağırlık noktasının topluma kaydırılmasını gerektiren bir husus da kişiyi sağlıklı ve hasta iken çevresi ile birlikte ele alabilmektir. Hekimlerin sağlık ve hastalık konusunda sorumluluğu kişinin doğumundan ölümüne kadar aralıksız sürmelidir. Ancak bu yaklaşım ile kişinin sağlığı korunabilir ve hastaların tedavisinde başarısızlığa neden bir kısım etkenler ortadan kaldırılabilir.

Tablo 4 — Hekimlikte Geleneksel ve Toplumsal Görüşlerin Farklılıkları

Konular	Toplum Hekimliği Görüşü	Geleneksel Görüş
Hizmet edilen kişiyi değerlendirme	Kişi fizik, biolojik ve sosyal çevresi ile bir bütündür. O çevresinden soyutlanamaz.	Kişi, hastane veya muayenehaneye gelen ve hastalığını tedavi ettirmek isteyen bir insandır
Hizmet sunma	Sağlık hizmetini herkese götürmek	Hastane veya muayenehaneye başvuranlara hizmet etmek
Hizmet edilen kişi	Kişiye hem sağlıklı hem hasta iken hizmet etmek	Kişiye hasta iken hizmet etmek
Hizmetin kapsamı	Koruma, tedavi ve rehabilitasyon	Tedavi ve rehabilitasyon
Hastalıklardan korunma	Öncelik alır	Özel hallerde ve sınırlı uygulama
Hastalıkların nedeni	Biolojik ve sosyal nedenler	Yalnız biolojik neden
Kaynak tahsisinde öncelik	Sınırlı olan kaynakları ençok görülen, öldüren ve sakat bırakan hastalıklardan kişileri koruma ve hastaları tedavi	Teşhis ve tedavisi zor hastalıkların tedavisi için çok nitelikli kişiler yetiştirmek en yüksek standartta teknoloji sağlamak
Teşhis ve tedavi hizmeti	Gerekiyorsa, çok görülen ve öldüren hastalıkların teşhis ve tedavisi hizmetini özel eğitim görmüş ve hekim olmayan sağlık personeline yaptırmak	Hastalık teşhis ve tedavisinin yalnız hekimlere hasredilmesi
Örgütlenme	Çeşitli meslek mensuplarının oluşturduğu küçük ekiplerin birbirini tamamladığı ve desteklediği ülke çapında bir ekip hizmeti	Tek bir hekimin hizmeti olabilir. Ekip kavramı, genellikle, hastane duvarlarını aşmaz
Toplumsal kavram ve planlama	Toplumdaki sağlık ile ilgili olayları sürekli ve objektif olarak gözlemek ve bu gözemlere dayalı, sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olan bir plan çerçevesinde hizmetleri geliştirme	Yoktur

Çağımızda hekimlikteki en önemli gelişmelerden biri de etiyolojik düşündeki değişikliktir. Etiolojik düşün, yüzyıllarca, çevredek fizik, kimyasal ve biyolojik etkenler, gen ve metabolizma bozuklukları ve psikolijik tepkiler ile sınırlanmıştı. Sağlığa toplumsal açıdan yaklaşınca sağlığın bozulmasının nedenlerini bu sınırlar içinde tutmak olanaksızdır. Sağlığın sürdürülmesinde ve hastalıkların oluşumunda ekonomik, sosyal ve kültürel etkenleri de incelemek ve bilmek gerekir. Örneğin; kalori - protein yetersizliğinin tek nedeni yetersiz beslenme değil anne ve babanın bilgisizliği ve fakirliğidir. Bu nedenleri ortadan kaldırmadan sorunu çözmek olanaksızdır. Bu konu, bu kitabın V. bölümünde daha ayrıntılı olarak sunulmuştur. Etiolojik düşündeki bu değişmenin doğal sonucu da toplumu oluşturan tüm kişileri sağlıklı tutabilmek için sağlık hizmetlerini daha tümelci (holistic) bir yaklaşım ile ele almak, bir başka deyimle tüm kişilerin sağlıklı olabilmesi için, özellkle az gelişmiş ülkelerde, sosyo - ekonomik kalkınmayı vazgeçilmez bir koşul olarak kabul etmektir.

Geleneksel tıp uygulamalarının bir özelliği tıp standardını yüksek tutmak ilkesidir. Bu görüşte olanlara göre bir kısım hastalar yüksek standartda hizmetten yararlanıyorsa, diğerlerinin hizmetten yoksun olması sorun değildir. Toplum hekimliği görüşü ışığı altında yapılan çağdaş tıp uygulamalarında ise esas herkese eşit hizmet sunmaktır, hizmet standardını olanakların elverdiği ölçüde geliştirmek bundan sonra ele alınacak bir işlevdir. Geleneksel yaklaşımın kaynakları geniş olan gelişmiş ülkelerde önemli olumsuz etkileri olmaz. Ancak az gelişmiş ülkelerde bu tür uygulamanın sonucu bir kısım kişilerin gelişmiş ülkeler düzeyinde sağlık hizmetine kavuşmasına karşın büyük çoğunluğun en basit hizmetlerden yoksun kalmasıdır. Herkese mümkün olan en yüksek düzeyde hizmet sunabilmek için gereksinme ile kaynaklar arasında bir denge kurmak zorunluğu vardır. Örneğin; gebelerin ve çocukların periodik muayenelerini yapmak, köy ve kentte tüm hastaları muayene ve tedavi etmek için yeter sayıda hekim yoksa, bu hizmetlerden bir kısmı özel eğitim görmüş hekim dışı sağlık personeline devredilebilir. Hekim olmayan hasta muayene edemez diye direnmek büyük çoğunluğun hizmetten yoksunluğuna neden olur.

Hekimlik felsefe ve uygulamasındaki değişmeler arasında öncelik saptama ve planlama ilkelerine de değinmek gerekir. Geleneksel hekimlikte herkesin hayatı değerlidir ve herkese tıp biliminin tüm olanak-

ları ile yardım gerekir. Ancak bu gerçekçi bir yaklaşım değildir. Ülkelerin —özellikle az gelişmiş ülkelerin— parasal ve insangücü kaynakları herkese bu düzeyde hizmet sunma olanağını vermez. Bu ülkelerde kaynak dağıtımında öncelik, koruyucu hekimlik hizmetlerine, en çok öldüren, en çok sakat bırakan ve en çok görülen hastalıklara verilmesi gerekir. İyi yöneticileri olan az gelişmiş ülkelerde öncelikleri saptama ve mevcut kaynakları en verimli şekilde kullanabilmek, sağlık hizmetlerini geliştirmek için sosyo-ekonomik kalkınma planlarının bir parçası olarak sağlık planları yapılmakta ve uygulanmaktadır.

Hekimliğin Amacı :

Hekimlik felsefe ve uygulamasındaki bu değişmeler ışığında hekimlik terimini hekimlerin yaptığı işler olarak değil «Sağlık meslekleri mensuplarının çalışma alanı olan ve sağlık ve hastalıkları konu alan biolojik ve sosyal bir bilim ve uygulama olarak tanımlamak gerekir. Bir bilim ve uygulama olarak da hekimliğin amacı tüm kişilerin sağlık düzeyini yükseltme, iş verimini arttırma, hastalıklardan koruma, hastalananları tedavi etme veya hastalığın gidişini yavaşlatarak hayatı uzatma, hastalık veya kaza sonucu sakat kalanları işe alıştırmak için bilgi üretme ve bu bilgileri uygulamadır.

İKİNCİ KİTAP

SAĞLIĞI KORUMA ÖNLEMLERİ

VIII. ÇEVRE SAĞLIĞI

Çevre sağlığı (enviromental senitation) halk sağlığı alanında oluşan ilk bilim dallarından biridir. Çevre sağlığı diğer bilim dalları ile de —örneğin bakterioloji, tıbbî entomoloji, vb.— yakından ilgilidir.

Bu bölümde bazı tanımlar ile biolojik ve fizik çevreyi sağlık yönünden olumlu yapmak için başvurulan yöntemler özet olarak sunulacaktır.

PATOJEN MİKROORGANİZMALAR

Tanımlar: Hastalık yapan mikroorganizmaların öldürülmesine «Dezenfeksiyon», dezenfeksiyonda kullanılan mikrop öldürücü maddelere «Dezenfektan» denir.

Mikroorganizmaları öldürmese bile onların üremesini engelleyen maddelere «Antiseptik» denir. Bir şeyin, hastalık yapan mikroorganizmalarla bulaşmasını önlemeğe veya bulaşmış ise mikropsuz hale getirilmesine «Asepsi» denir.

Bütün mikroorganizmaların ve sporlarının öldürülmesine «Sterilizasyon» denir. Hastalık yapan mikropların bulundukları ortamın içindeki diğer maddeleri bozmadan ısı ile öldürülmesine «Pastörizasyon» denir.

Uygulamalar: Besin maddelerini korumak için besin maddeleri, kişileri enfeksiyonlardan korumak için cerrahî aletler, pansuman malzemesi, şırıngalar, zerk yolu ile verilen ilaçlar sterilize edilir.

Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için besinler, hastaların dış salgı ve boşaltımları veya bunlarla bulaşmış eşya ve odalar dezenfekte edilir.

Hastalık olmasa dahi çok kişinin birden kullandığı su, yüzme havuzları, kalabalık toplantı yerleri de, muhtemel bulaşmaları önlemek için, dezenfekte edilir.

Mikropları Öldürme Yöntemleri: Mikroplar ısı, ışın ve kimyasal maddeler gibi çeşitli yollarla öldürülebilir. Bir eşyanın dezenfekte veya sterilize edilmesi için kullanılacak yöntem o eşyanın niteliklerine göre değişir. Örneğin; kaynatma yün elbiseleri bozar ve cam eşyaların çatlamasına sebep olur veya deri eşyaları harap eder. Kuru sıcak hava da bazı eşyaları kavurur.

Suda Kaynatma: Bir eşya kaynar suda beş dakika kalırsa üzerindeki bakteriler, 20 dakika kalırsa insan için zararlı olabilecek sporlar ölür. Bu usul hastanelerde aletleri ve şırıngaları sterilize etmek için kullanılır. Ancak, sterilizasyonun tam olması için eşyaların yağlı ve kirli olmaması gerekir.

Pastörizasyon: Bu işlem süt, şarap, bira gibi içeceklerdeki zararlı bakterileri öldürmek için kullanılır. Pastörizasyon iki türlü yapılır. Birinci yöntemde (yavaş yöntem) pastörize edilecek sıvı 63 - 65 derecede 30 dakika tutulup derhal soğutulur. İkinci yöntemde (seri yöntem) sıvı 20 saniye 72 derecede tutulur ve derhal soğutulur.

Doymuş Buhar: Kapalı bir kapta hava dışarı atılır ve kap tamamen su buharı ile doldurulursa buhar kapta bulunan eşyanın en derin yerlerine kadar girer ve orada ısı derecesini kendi ısı derecesine kadar yükseltir. Doymuş buhar ile sterilizasyonun yapıldığı aletlere Otoklav denir. Otoklavlarda sterilizasyon genellikle 120 derecede 15 dakikada yapılır. Bu ısı ve sürede bütün bakteriler ve sporlar ölür. Buharla sterilizasyonun sakıncası eşyanın nemlenmesidir.

Yakma: Mikroplarla bulaşmış ve değersiz şeyleri (kullanılmış pansuman malzemesi gibi) ateşte yakmak en emin ve ucuz usuldür.

Sıcak Hava: Eşyaları 160 derecede bir saat tutmakla taşıdığı mikrop ve sporlar öldürülebilir. Bu iş için kullanılan aletlere pastör fırını denir. Ancak bu süre ve ısıda sıcak hava birçok eşyayı kavurur, tahrip eder. Sıcak hava ile cam eşya ve cerrahi aletler sterilize edilir.

Mor Ötesi Işınlar: Mor ötesi ışınlar proteinleri denatüre ederek mikropları öldürür. Bu yöntem hasta bekleme odalarının, laboratuvarların ve ameliyathanelerin havasının dezenfeksiyonu için kullanılır.

Kimyasal Maddeler: Asitler, alkaliler, ağır metal tuzları, halojen bileşikleri ,oksitleyici ajanlar, sabunlar, deterjanlar, alkoller, fenol ve kresol benzeri karbon deriveleri, bazı anilin boyaları mikropları öldürmek için kullanılır. Kimyasal dezenfektanlar özellikle kauçuk ve plastik eşya gibi kolay bozulan şeyler için kullanılır.

* Civa Klorür (Sublüme): Sublimenin binde bir çözeltisi bakterileri 30 dakikada öldürür. Sporlar, 500'de bir çözeltide bir saatte ölür. Bu tuz insanlar için de çok zehirli olduğundan kullanılması tehlikelidir.
* Civa potasyum iodür (iodide): Süblime kadar etkili ve daha az toksiktir.
* İyodun alkol solusyonu deriyi düzenfekte için kullanılır.
* Hidrojen peroksit: Yaraları temizlemek ve bazı aletleri dezenfekte etmek için kullanılır.
* Fenol: Yüzde 1 fenol çözeltisi mikroorganizmaları 20 dakikada öldürür.
* Lizol: Kresol'dan yapılmış ve çok kullanılan bir mikrop öldürücüdür.

Aerosol: Odalar ve ev eşyasını dezenfekte etmek için kimyasal dezenfektanlar çok ince zerreler halinde havaya püskürtülerek aerosol yapılır. Bu yolla dezenfektanlar havanın girdiği her yere girerek oralardaki mikropları öldürür. Propilen glikol, formalin, bu amaçla kullanılan dezenfektanlardır.

VEKTÖRLER

Vektör kontrolu için evvelâ onların hayat sikluslarını, alışkanlıklarını, yaşayış koşullarını çok iyi bilmek lâzımdır. Tıbbî zooloji ve tıbbî entomoloji bu ihtiyaçların doğurduğu bilimlerdir. Yüzlerce bilim adamı vektörlerin hayatlarını, özelliklerini incelemekte ve bunlarla savaş için bize pratik bilgiler kazandırmaktadır.

Sivrisinekler:

Sivrisinekler; sıtma, filaryoz, dang ve sarı hummayı bulaştırırlar. Bunların hayat siklusunda dört aşama vardır.

Yumurta: Dişi sinekler bazı türlerde bir defa yumurtlar ve ölür. Bazı türlerde ise birkaç defa yumurtlayabilir. Genellikle sivrisinekler durgun tatlı sulara yumurtlarlar. Akan suların kenarlarına, lâğım sularına ve deniz suyuna yumurtlayan türler de vardır. Yumurta —bazı türler hariç— kuruluğa dayanamaz ve bir iki günde ölür. Yumurtanın gelişmesi çevre sıcaklığına bağlıdır. Isının yükselmesi gelişmeyi hızlandırır. Genellikle 1 - 5 günde yumurtadan larvalar çıkar.

Larvalar: Larvalar suda yaşar, kuruluğa karşı dayanıksızdırlar. Suda tek hücreli hayvancıklar ve alklerle beslenirler. Su yüzüne çıkıp soluma zorundadırlar. Gelişmeleri çevre sıcaklığına bağlıdır. Genellikle 4 - 5 günde pupa haline geçerler. Bazı türlerde hava soğuyunca larvaların gelişmesi durur. Havalar tekrar ısınınca larvalar gelişmeye başlar ve nesillerini bu suretle korurlar.

Pupalar: Pupalar da suda yaşarlar. Besin almazlar, ancak solumak zorundadırlar. Isı derecesi uygunsa 1 - 3 günde pupalardan yetişkin sinekler çıkar.

Yetişkin Sinekler: Erkek ve dişi sivrisineklerin yaşayışları birbirinden çok farklıdır. Erkek sinekler üreme yerlerinin (buna jit denir) civarında sürü halinde yaşarlar ve kan emmezler. Genellikle çiftleştikten sonra ölürler. Buna karşın dişiler çiftleştikten sonra jit civarını terk ederler ve kan emmek için insan ve hayvanların yaşadığı yerlere gelirler. Dişi sivrisinekler, yumurtaların gelişmesi için, kan emme zorundadırlar. Dişi sivrisineklerin kan emmeleri çevre ısısına bağlıdır, genellikle 15 derecenin altında kan emmezler. Sivrisineklerin çeşitli türlerinin dişilerinin karakterleri, yaşadıkları yerler, üremeleri, uçuş yetenekleri, insanlar ve barınaklarla ilişkileri birbirinden farklıdır. Bazı türler hayvanlardan kan emer, bunlara zoofil sinekler denir. İnsandan kan emenlere entrofil sinekler denir. Bazı türlerde dişi sinek evlere ve ahırlara girer. Bunlara andofil sinekler, bazıları ise barınak dışında yaşar ve kan emerler, bunlara ekzofil sinekler denir. Bazı sivrisineklerin uçuş sahaları (aedes türlerinde olduğu gibi) birkaç yüz metredir. Bazıları ise (bazı anophel türlerinde olduğu gibi) sekiz on kilometre uzaklara kadar uçabilirler.

Tatarcık:

Bunlar şark çıbanı, kalaazar ve tatarcık hummasını bulaştırırlar.

Bunların dişileri de kan emerler, geceleri uçarlar ve ömürleri çok kısadır. Genellikle iki üç haftadan fazla yaşamazlar. Dişileri yumurtalarını kaya diplerine, ağaç kovuşlarına, organik maddelerden zengin, rutubetli ve gevşek topraklara bırakırlar. Tabiatta tatarcık yumurtalarını, larva ve pupalarını bulmak çok güçtür. Tatarcıklar insektisitlere karşı çok duyarlıdırlar.

Bitler :

Bitler arasında hastalık bulaştırma bakımından Pediculus humanus önemlidir. P. Humanus, insan vücudunda yaşar ve kan emerek beslenir. İç çamaşırların kıvrımlarına yumurtlar. Yumurtalardan nimfler çıkar. Nimf üç defa gömlek değiştirir ve yetişkin hale geçer. Bu süre P. Humanus için genellikle birkaç aydır. Seçtikleri ısı 28 - 32 derece arasıdır. yetişkin dişiler genellikle günde 8 - 10 yumurta yumurtlarlar. P. Humanus ile bulaşan hastalıklar; epidemik tifus, siper humması ve epidemik geri tepen hummadır. Enfekte kan emen bit 6 gün sonra enfeksiyon nakledebilir. Enfekte bitlerin hayat süreleri kısadır, genellikle 12 günde ölürler.

Pireler :

Pireler kan emerek beslenirler. Kanlarını emdikleri insan ve hayvanların barınaklarında yaşarlar. Bazen de hayvanların üzerinde, onların tüyleri arasında bulunurlar. Pirelerin hayvan seçiciliği bitler gibi değildir. Özellikle aç kalınca herhangi bir hayvandan kan emebilirler. Bu sebeple fare pireleri hasta hayvandan kaçınca insanlardan kan emer ve onları enfekte ederler.

Pirelerin hayatları uzundur. Aralarında 1 - 2 yıl yaşayan türler vardır. Dişi pireler yumurtalarını genellikle barınaklarda zeminin çatlaklarına, hasırların, kilimlerin, halıların altına, tozlu yerlere bırakırlar. Yumurtadan çıkan larvalar organik artıklar ve yetişkin pirelerin pislikleriyle beslenirler. Larvalardan pupalar ve pupalardan yetişkin pireler çıkar. Bu gelişme süresi çevre ısısına ve pire türüne bağlı olarak değişir. 20 - 30 gün olabileceği gibi uygun olmayan şartlarda özellikle pupa dönemi uzayarak gelişme aylarca hattâ bir yıl sürebilir.

Pire; veba ve endemik tifüsün yayılmasında aracıdır. Pirelerin hekimlik yönünden önemli türleri Pulex irritans (insan piresi) ve Xenopsylla cheopis (sıçan piresi) dir.

Karasinekler :

Karasinekler miyaz sinekleri grubundandır. Miyaz sineklerinin bazı türleri yumurtalarını ölü dokulara, bazıları canlı dokuya, karasinekler ise pislik, süprüntü gibi organik artıklara bırakır.

Karasineklerin gelişmesinde de yumurta, larva, pupa ve yetişkin sinek dönemleri vardır. Karasineklerle başarılı mücadele, bunların yumurtladıkları pislik ve süprüntüleri ortada bırakmamak ve temizliği korumakla olur. Bunun dışında insektisit kullanılması bir zaman başarılı olarak görülmüş ise de karasineklerin insektisitlere kolayca direnç kazanmalarından dolayı insektisitler karasinekle savaşta ancak geçici olarak kullanılabilecek vasıtalardır.

Vektörler İle Savaş :

Jitlerin yok edilmesi veya azaltılması : Vektörlerin üredikleri yere jit denir. Bir vektörün ürediği jitler tamamen ortadan kaldırılırsa o vektör de ortadan kalkar. Jit genişliği ne kadar sınırlanırsa vektör sayısı da o kadar azalır. Örneğin; bir yerleşme yerinde dışkı, çöp, gübre ve organik madde artıkları ortada değilse orada karasinek bulunmaz. Karasinek miktarı açıkta olan dışkı, çöp ve organik madde artıkları ile orantılıdır. Su birikintilerini ortadan kaldırarak sivrisinek sayısını asgariye indirmek, barınaklarda yerde toz, toprak ve organik madde artıkları bırakmamak suretiyle pirelerden kurtulmak mümkündür.

Larva, pupa, nimf savaşı : Sivrisinek savaşında su birikintisi ve bataklıklar üzerine mazot dökerek larva ve pupalar öldürülür. Karasinek larvaları gübre yığınlarının yüzeyinde yaşar, derinde ısı yüksek olduğundan ölürler. Gübre yığınlarını zaman zaman alt üst ederek içindeki larvaların çoğunu öldürmek mümkündür. Bit öldürmek için elbise ve yatakları sıcak buhar kazanlarına (etüv) koymak, yumurta ve nimfleri ve yetişkin bitleri öldürmek için etkili bir usuldür.

Larvaları şimik yöntemler ile de öldürmek mümkündür. Örneğin; sivrisinek sürfeleri için Paris yeşili (zehirli bir arsenik bileşiği) geniş ölçüde kullanılmıştır. Larva ve pupalar le beslenen hayvanları jitlerde üreterek bunları yok etmek mümkündür. Örneğin; sivrisinek larvalarını yiyen balıkları bataklıklara, göllere atarak sürfe sayısını asgariye indirme yöntemi sıtma savaşında kullanılmıştır.

Yetişkin Vektör Savaşı: Yetişkin vektörlerle savaş için mekanik yöntemler kullanılmıştır. Vantilatörler, tuzaklar (sineğin içine girebileceği, dışarı çıkamayacağı kaplar), sinek raketleri, cibinlik, yapışkan şeritler bu gruba girer. Bu yöntemler kullanılmakla beraber fazla etkili ve önemli sayılamazlar. Yetişkin vektörlerle savaşta etkili yol, kimyasal ve biyolojik yöntemlerdir.

Kimyasal Maddeler: Vektörleri öldüren kimyasal maddelere ensektisitler denir. İkinci Dünya Harbi ve onu takip eden yıllarda ensektisitlerin keşfi, insanların vektörler ile savaşmalarını büyük ölçüde kolaylaştırmıştır. Bunlar arasında en önemlisi ve yeni bir çığır açılmasına sebep olan madde DDT (Dichloro - Diphenyl - Trichlorethan) dir. DDT nin ensektisit tesiri harp içinde keşfedilmiştir. DTT'nin bit, karasinek, sivrisinek, tahtakurusu üzerine dramatik etkisi ve geniş ölçüde kullanmağa başlanması bir çok bilim adamlarını ve kimyevi madde fabrikalarını yeni ve daha etkili ensektisitler bulmak için çalışmağa teşvik etmiştir. Son 20 yıl içinde pek çok yeni ensektisitler keşfedilmiştir.

Biyolojik çevreyi değiştirmenin düşünülmesi kolay, fakat başarılmasının zor ve bilhassa kesin başarının elde edilmesinin hemen hemen imkânsız olduğuna da işaret etmek lâzımdır. Örneğin; Sardunya adasında sıtmanın kökünü kazımak için sivrisinekleri yok etmek üzere büyük bir kampanya açılmıştır. Bir süre adada sivrisinek görünmez olmuştur. Başarı elde edildi sanılmış ve savaş durdurulmuştur. Bunu takip eden yaz aylarında sivrisinekler yine uçmağa başlamışlardır. Unutulmamalıdır ki tabiatta, her canlı neslini devam ettirmek için çeşitli imkânlarla silahlanmıştır.

İnsektisitlere karşı vektörlerin önemli silahı «Direnç kazanmak» tır. Bugün DDT, 40 yıl evvelki kadar etkili değildir. Karasinekler hemen tamamen, sivrisinekler bazı bölgelerde tamamen, bitler büyük ölçüde DDT'ye direnç kazanmışlardır. En önemli husus insektisitlere karşı kazanılan bu direncin nesillere intikalidir. Rezistans genetiği ve mekanizması tıbbî entomologların araştırma yaptığı sahalardan biridir ve

çok büyük pratik önemi vardır. Direnç kazanmada bir hususiyet de vektörlerin bir ensektisite mukavemet kazandığı zaman aynı gruba giren diğer ensektisitlere de mukavemet kazanmasıdır. Bu sebeple yeni ensektisitler aramak ve bulmak gerekmektedir.

Vektör kontrolundaki bu başarılar tarımda da ürünü haşerelerden korumak için, kimyasal maddelerin (Pestisitler) geniş ölçüde kullanılmasına yol açmıştır.

Kullanılan insektisit ve pestisitler genellikle memeliler için çok az toksik maddelerdir. Bununla beraber tamamen zararsız da sayılmazlar. İnsan ve diğer memelilerin insektisitlerle akut veya kronik olarak zehirlenmeleri mümkündür. Siklohekzan türevleri ile ilaçlanan buğdaylar ile kara yara salgınları, civalı pestisitler ile ilaçlanan buğdayları yiyenlerde civa zehirlenmeleri, meyve ağaçlarına sıkılan organik fosforlu ensektisitler ile zehirlenme ve ölümler sık duyulan olaylardandır. Bunlar insan eliyle yaratılan tehlike ve hastalıklardır. Bu tehlikeler, insanın biolojik çevresini değiştirmek veya ürünlerini korumak için kullandığı silahın geri tepmesidir. Bu tabiat sorunlarının çözümlenmesinin ne kadar zor olduğunu gösteren küçük bir örnektir. Biolojik çevreyi değiştirmek için başarılı bir teşebbüs bir yandan vektörlerin direnç kazanması olayı ile köstekleniyor, diğer yandan kullanılan vasıta insanın çevresine kendisi için tehlikeli bir faktör daha ekliyor. Bu şartlarda vektörün direncini arttırmadan ve insanlara zarar vermeden sonuç almak küçümsenmeyecek kadar tecrübe ve bilgiye lüzum gösteren bir husustur.

Biolojik yöntemlere gelince; bu da vektörün doğal düşmanı kuş ve hayvan üretme ve vektörlerde hastalık yapan virusları yaymaktır.

Sıçan ve Fareler İle Savaş :

Sıçan ve fareler bir yandan insanlara hastalık bulaştırdıklarından diğer yandan da besin maddelerini tükettiklerinden zararlıdırlar. Veba, bazı leptospisozlar, endemik tifus gibi hastalıklar fare ve sıçanlardan bulaşır. Bunlarla savaşta iki yol vardır.

Zehirli gaz, zehirli yem ve kapanlar ile öldürmek : Gemilerdeki sıçanları öldürmek için hidrojen siyanür gazı, sodium fluoracetate, sulfurdioksit ile tütsüleme (fumigation) yapılır. Yeme katılan zehirlere gelince bunlar genellikle fosfor, barium, arsenik ve baryum bileşikleridir. Zehirli yemi sıçan ve farelerin yemesi için, önce, aynı yem aynı yerlere

içine zehir konmadan bırakılmalı ve fareler onları yemeğe alıştıktan sonra yeme zehir konmalıdır. Fare ve sıçanlar zeki hayvanlardır. Zehirli yem ve kapanla fare ve sıçan öldürmek tecrübe ve fareyi aldatacak kadar zeki olmayı gerektirir.

Gemi, barınak ve mağazaların farelerin giremeyeceği ve yuva yapamıyacağı şekilde yapılması : İlk iş besin maddeleri ve çöplerin sıçan ve fare giremeyecek yerlerde saklanmasıdır. Ev ve gemilerde farelerin barınacağı küçük, kuytu ve insanın giremiyeceği yer ve boşluklar olmamalıdır.

BESİN HİJYENİ

Besin hijyeninin iki temel kuralı vardır: (1) Besin maddelerinin üretiminin başlangıç aşamasından tüketimine kadar infekte maddelerle, parazit veya zehirlerle bulaşmasını önlemek, (2) Eğer besin maddesi, bütün dikkat ve çabalara rağmen, zararlı organizm veya maddeler ile bulaşırsa bunları bertaraf etmek veya hastalık yapacak şekilde çoğalmasını önlemek.

Bunları sağlayabilmek için de aşağıdaki hususları sağlamak gerekir :

* Besin sanayiinde ve dağıtımında çalışan personelin sağlıklı olması, besin hijyeni kurallarını bilmeleri ve uygulamaları,
* Besinin sağlığı destekleyici olması,
* Yapım ve satış yerinde temizlik için bol ve temiz su bulunuşu,
* Pişirme, fırınlama, sterilizasyon ve pastörizasyon gibi ısı süreçlerinin tam olarak yapılması,
* Besin maddelerinin soğukta veya dondurularak saklanması,
* Besinlerin kontamine olmaktan korunması,
* Yapım veya dağıtım yerinde aptesthane ve el yıkama yerlerinin hijyen koşullarına uygun olması,
* Besin maddelerinin değdiği yüzeyler ve kapların kolaylıkla yıkanır olması,
* Çöplerin açıkta kalmaması ve zamanında yok edilmesi,
* Böcek ve kemirici kontrolü,
* Yapım yerlerinde iyi havalandırma, ışıklandırma, temizlik ve düzen,
* Yapım yerinin ve çevresinin hijyen koşullarına uygunluğu.

SU HİJYENİ

Suların sağlığa zarar vermesini önlemek için alınması gerekli önlemler 5 grupta toplanabilir:

Suların Korunması: Bunun için arıtılmamış lâğım ve pis sular ile zararlı sanayi artıkları dereye, nehirlere verilmemelidir. Sanayi memleketlerinde sanayi artıkları ile dere ve nehirlerin kirlenmesi (water pollution), gelişmemiş memleketlerde de suların lâğım ve pis sularla karışması çok önemli birer sorundur. Kuyu, pınar ve çeşme sularının lâğımlardan veya aptesthane çukurlarından sızan sulara karışmaması için su yakınında lâğım ve aptesthane çukuru yapılmamalı, şehir suyu olarak kullanılan göl ve barajların etrafında kimsenin giremeyeceği emniyet alanları kurulmalıdır.

Suların Arıtılması: Yağmur ve yeraltı suları doğrudan doğruya kullanılabilecek kadar temiz olabilir. Dere ve göl gibi yerüstü sularını arıtmadan kullanmak mümkün değildir. İlk iş su bulanık ise berraklaştırmaktır. Bunun için su bekletilerek, şap ile çöktürerek ve kumdan süzerek berraklaştırılır. İkinci iş suyun dezenfeksiyonudur. Bunun için ekseriya klor kullanılır. Bu suretle sudaki bağırsak bakterileri öldürülür.

Temiz suyun, taşınırken veya kullanma yerinde kirlenmemesi: Evlerde veya genel yerlerde küpten maşrapa ile su alınırken şu kirlenebilir. Evlere boru ile dağılan sularda su kesildiği zaman boşalan borularda negatif tazyik nedeni ile civardaki topraktan emme yolu ile pis su çekilerek su kirlenebilir.

Suyun Florlanması: Diş çürüklerinin meydana gelmesinde fluor yetmezliğinin rolü vardır. Bu sebeple diş sağlığı için bazı şehirlerde sulara fluorür katılır.

Suların Sertliği: İçinde fazla miktarda Ca. ve Mg. tuzu bulunan sular sert sulardır. Sert sular doğrudan sağlığa zararlı olmasa bile yemek pişirmede, içmede, yıkamada ve sanayide kullanılmağa elverişli değildirler. Sert suların çok sabun sarfına sebep olma, kazan ve boruların içinde kireç tabakası yapma gibi sakıncaları vardır.

Sularda iki türlü sertlik vardır. Biri bikarbonatlardan gelen ve kaynatma ile kaybolan «geçici sertlik», diğeri kalsium ve magnesium sulfattan ileri gelen ve ısıtmakla değişmeyen «daimî sertlik» tir. Bu tip

sertlik ancak suya soda konursa kalsiyum ve magnesium ionları karbonat tuzu olarak çöker ve sertlik kaybolur.

Suların sertlik derecesini ölçmek için kullanılan birimler değişiktir. Ülkemizde Fransız sertlik derecesi kullanılır. Bir birim litrede 10 mgr. $CaCO_3$ e eşittir. 0 - 14 sertlik derecesindeki sular yumuşak su, 14 - 28 sertlik derecesindekiler orta sert su ve 28'den yukarı sertlik derecesindekiler sert su sayılır.

Sanayide ve evlerde içinde sodium aluminium silikat bulunan ion değiştirme cihazları ile suyun sertliği giderilir.

İONİZAN IŞINLAR

Radyoaktif maddeler ve cihazlarla çalışanlar daimî olarak radyasyon tehlikesi karşısındadırlar. Bunların sağlığını koruyabilmek için özel ve sıkı tedbirler alınır. Örneğin; bunların ne kadar ışına maruz kaldıkları devamlı olarak kontrol edilir. Aldıkları ışın sınırı (permissible dose) aşar, yani zarar verebilecek düzeye çıkarsa geçici olarak işyerlerinden uzaklaştırılırlar. Sağlık fizikçilerinin en önemli görevlerinden biri işyerlerinde çalışanların sağlığının korunmasıdır.

Havada bulunan radyoaktif tozlar yağmurlarla veya kendi kendine yeryüzüne düşer. Bu radyoaktif serpintiler (fall - out) sulara karışır, bitkilere geçer. Bu yollar ile hayvanlara da geçer. İnsan bu suları içerek, bitkileri yiyerek, hayvanların sütünü içerek radyoaktif maddeleri alır. Bunlar arasında stronsiyom 90, kalsium 45 gibi izotoplar çok uzun ömürlüdür, kemiklerde depolanır ve vücuttan atılmazlar. Bu suretle radyoaktif serpintinin çok olduğu bir bölgede halk hiç farkına varmadan büyük bir sağlık tehlikesi ile karşılaşmış olur. Bunu önlemek için ileri memleketlerde serpinti (fall - out) laboratuvarları kurulmuştur. Çeşitli bölgelerden alınan örneklerde tehlike doğuracak ölçüde serpinti olup olmadığı ölçülür ve buna göre gerekli tedbirler alınır. Memleketimizde de böyle bir laboratuvar Ankara Üniversitesi Fen Fakültesinde vardır.

Radyasyonlarla ilgili bir diğer tehlike, kullanılmış izotopların ortadan kaldırılamamasından doğar. Bunu bağırsak infeksiyonuna (meselâ kolera) yaklanan adamın dışkısının etrafa yayılmasına benzetebiliriz. Her ülkede radyoizotop artıklarının ortadan kaldırılması için dik-

katle yürütülen önlemler alınmaktadır. Örneğin; büyük nükleer enerji merkezlerinin atıkları beton kaplarda toplanıp, kabın ağzı da aynı şekilde kapatıldıktan sonra, okyanusların derinliklerine atılmaktadır.

Atom ve hidrojen bombaları, nükleer enerji reaktörlerinde meydana gelebilecek büyük kazalar insanlığı tehdit eden ve Demokles'in kılıcı gibi başımızda sallanan en büyük tehlikelerdir. Bu sebeple zamanımızda üzerinde durulan en önemli konu atom enerjisinin sulhçu amaçlarla kullanılması, atom silahlarından vazgeçilmesi ve radyasyonlardan korunmadır. Bu maksatla Birleşmiş Milletler'e bağlı Milletlerarası Atom Enerjisi Dairesi ve her memlekette atom enerji komisyonları kurulmuştur.

İnsan bir seferde 500 r ışına karşı kalsa ölür. İnsanların yüzde ellisini öldürecek ışın dozu (LD_{50}) 350 - 450 r olarak tahmin edilmektedir. İnsanlarda farkına varılacak değişmelere sebep olabilecek doz bir seferde 25 r dir. Işına birden karşı kalma yerine uzun bir sürede azar azar karşı kalınırsa zarar vermeyecek doz büyür. Örneğin; bütün hayatı süresince toplam olarak 500 r ışın alan bir kimsede farkına varılan değişiklik olmayabilir. Düşük dozda uzun süre işin alanlarda görülen hastalıklardan biri lösemidir. Bir kimse on yıldan uzun bir sürede toplam olarak 200 r ışın almakla lösemi olmaz.

DİĞER FİZİK ÇEVRE ÖGELERİ

Çevresel ögeler çok çeşitlidir. İklim, hava kirlenmesi, ışık, gürültü, sağlığa zarar verebilecek tesisler Genel yerler gibi ögeler bunların örnekleridir. Bunlar çevre sağlığı bilim dalında ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

FİZİK ÇEVRENİN DEĞİŞTİRİLMESİ

Çevremizdeki fizik faktörleri ve bunların sağlığımıza etkilerini ve bunları değiştirebileceğimizi gördük. Bir şeyin yapılabilmesi onun yapılmasının kayıtsız şartsız mümkün olduğu anlamına gelmez. Fizik çevremizi değiştirmek için kültürün değişmesi, ekonomik güç ve çevreyi değiştirecek bilgi ve tecrübeye sahip teknik eleman bulunması gerekir. Bağırsak enfeksiyonlarının fazla olduğu bir kasabada halkı bu hastalık-

lardan korumak için fennî su tesisatı, aptesthâne ve kanalizasyon tesisleri yapabiliriz. Eğer bu kasaba halkı dinsel inançlar etkisi altında durgun suda el yıkamak ve o suyu kullanmak, açıkta aptest yapmak zorunluğunda ise yaptığımızın hiç bir faydası olmaz.

Ekonomik soruna misal olarak kaanlizasyon maliyeti verilebilir. Lâğım sorununu Türkiye'de halletmek için 600 milyar TL. gerekmektedir. Fizik çevrenin ıslahı daima çok para isteyen bir iştir.

Teknik eleman ihtiyacına gelince, fizik çevreyi sağlığın idamesini mümkün kılacak hale getirmek sağlık mühendislerinin ve çevre sağlığı teknisyenlerinin görevidir. Memleketimizde ilk Çevre Sağlığı Teknisyen Okulu 1961'de kurulmuştur. Teknik Üniversitelerimizde sağlık mühendisliği kürsülerinin kurulmasının da 10 - 15 yıllık mazisi vardır. Yabancı memleketlere sağlık mühendisliği eğitimi görmek için gönderilen mühendislerimizin çoğu geri geldiklerinde eğitildikleri sahada sürekli olarak çalışamamışlardır.

Bu durum karşısında çevre sağlığı sorununun çözümlenmesi hekim ve sağlık memurlarının eline kalmıştır. Bunların teknik yetersizlikleri yanında; sorunu, esas görev saydıkları hasta tedavisi ile ilgili saymamalarından doğan isteksizlikleri de büyük bir başarı kazanılmasını mümkün kılmamıştır. Bununla beraber gelişmekte olan bir çok memleketlerden daha olumlu bir çevreye malik oluşumuzda hekim ve sağlık memurlarının katkısı büyüktür.

IX. BAĞIŞIKLAMA

Bağışıklık :

Bağışıklık, infeksiyon hastalıklarına karşı insan ve hayvanların direnmesinde en önemli yeri olan bir süreçtir. İnsan ve hayvanlar bazı infeksiyon hastalıklarına karşı doğal olarak bağışık bazılarına karşı da duyarlıdır. İnsan ve hayvanlara doğal olarak duyarlı oldukları birçok infeksiyon hastalığına karşı bağışıklık kazandırılabilir. Bu şekilde kazanılan bağışıklığa edinsel (acquired) bağışıklık denir.

Edinsel bağışıklık humoral veya hücresel olur. Humoral bağışıklık antigenlere karşı sentez edilen protein yapısında spesifik antikorların sağladığı bağışıklıktır. Çeşitli mikroorganizmaların antijen yapıları, genellikle, birbirine benzemez. Bu nedenle bir infeksiyon hastalığına karşı kazanılan bağışıklık insan ve hayvanı diğer bir infeksiyon hastalığından korumaz.

Hücresel bağışıklık T lenfositleri ile makrofojlar tarafından sağlanır. Antigen T lenfositleri tarafından tanınır. T lenfositi bu antigenle tekrar karşılaşırsa lenfokin salgılar. Lenfokin makrofajları aktive eder. Aktive olmuş makrofajın infeksiyon etkenlerine karşı etkisi spesifik değildir. Genel olarak hücresel bağışıklık humoral bağışıklık kadar spesifik değildir.

Edinsel bağışıklık iki yol ile kazanılır. Bu yollardan biri doğal olarak infeksiyon geçirmek diğeri yapay olarak insan veya hayvana antigen (aşı, anatoksin, v.b.) zerkedilmesidir.

Edinsel bağışıklık aktif ve pasif olarak da ikiye ayrılır. Aktif bağışıklıkta antikorları konak sentez eder veya konağın T lenfositleri an-

tigene duyarlık kazanır. Pasif bağışıklıkta ise bir insan veya hayvanın sentez ettiği immunglobulin başka bir insan ve hayvana nakledilir. T lenfositleri ile hücresel bağışıklık da nakledilebilir. Buna adoptif bağışıklık denir, pratik değeri yoktur.

Aşılar :

Aktif edinsel bağışıklık aşılar ile kazandırılır. Aşılar canlı mikroorganizma, öldürülmüş mikroorganizma, tesfiye edilmiş antigen ve toksoid olmak üzere dört tiptir.

Ülkemizde insanlarda sürekli kullanılan aşılar şunlardır :

Canlı aşılar : BCG (verem aşısı), çocuk felci aşısı ve kızamık aşısıdır. Çiçek hastalığının kökü kazındığı için uygulamadan kaldırıldı. Çiçek aşısı da canlı aşı idi.

Ölü bakteri ve virus aşıları : Tifo, boğmaca, kolera, kuduz.

Toksoidler : Difteri, tetanus.

Bunların dışında aşağıdaki aşılar özel hallerde kullanılmaktadır :

Sarı humma aşısı (Canlı aşı) : Sarı hummanın görüldüğü ülkelerde ve bu ülkelere gidenlere uygulanır.

Epidemik tifüs aşısı (Ölü aşı) : Kuvvetli bağışıklık sağlayan bir aşıdır. II. Dünya Harbinde salgın hallerinde başarı ile kullanılmıştır.

Veba aşısı (Ölü aşı) : Hastalığın endemik olduğu bölgelerde hastalanma tehlikesi olanların aşılanması bir ölçüde korunma sağlamaktadır.

Kızamıkcık-aşısı (Canlı aşı) : Erginlik çağından önce kızlara uygulanır. Amaç ileride kız evlenir ve gebe kalırsa çocuğu malformasyondan korumaktır.

Kabakulak aşısı (Canlı aşı) : Yüksek düzeyde bağışıklık sağlar. Çocuklara ve askerlere kabakulak aşısı uygulayan ülkeler vardır.

Grip aşısı (Ölü aşı) : Bağışıklık sağlar, ancak grip virüsünün antijenik yapısı değiştiğinden hastalığın görüldüğü mevsimdeki virüs ile hazırlanmış aşı kullanmak gerekir. Genellikle hastalanma riski olan veya genel hizmetlerde çalışanlara grip aşısı uygulayan ülkeler vardır.

Menengokoksik menenjit aşısı: A ve C tipi menengokokların tasfiye edilmiş polisakkaritleri aşı olarak kullanılmaktadır. C tipi polisakkorit aşısı ile Amerikan ordusunda iyi sonuçlar alınmıştır. A tipi polisakkarit ile aşılama sonuçları da vadedicidir.

Pnömokok aşısı: İhtiyarlarda pnömoni ölümlerini kontrol edebilmek için pnömokok polisakkaritleri ile aşılama deneyleri umut verici sonuçlar vermiştir.

Serofilaksi:

Bakteriolojinin gelişmeğe başladığı ve keşiflerin birbirini kovaladığı yıllarda Behring difteriye karşı bağışıklanmış hayvan serumlarının koruyucu ve tedavi edici etkisini gösterdi. Uzun yıllar difteri ve tetanus tedavi ve korumasında antiserum kullanma tek yoldu. Difteri ve tetanusa karşı aşılamanın yayılması serofilaksinin değerini azalttı. Yabancı cins serumun tehlikelerinden dolayı da bazı ülkeler serumu tamamen terketti ve bunun yerine hiperimmun spesifik insan gamma globulini kullanmağa başladılar. Bununla beraber yılan ve akrep zehirine karşı hazırlanan serumlar hayat kurtarıcı değerini korumaktadırlar.

Günümüzde insan gamma globulini özel hallerde kızamık, infeksiyöz hepatit, boğmaca, kabakulak, kızamıkcık'dan korunmak için kullanılmaktadır.

Bağışıklamanın Değeri:

Aktif bağışıklama uzun, hattâ hayat boyu, süren bağışıklık sâğlar ancak bu bağışıklık hiçbir zaman mutlak değildir. Konağa giren mikroorganizma sayısı çok ise bağışıklık kırılabilir.

Pasif bağışıklamaya gelince; bu yol ile kısa süreli (3 - 4 hafta) bağışıklık sağlanabilir. Bu nedenle Halk Sağlığında pasif bağışıklamanın değeri aşılar kadar büyük değildir.

Aşıların halk sağlığındaki değerinin en güzel örneği aşılama ile çiçek hastalığının dünya üzerinde kökünün kazınmasıdır. Geçmişte çiçek büyük salgınlar yapmış ve milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. 1978 yılından beri dünyada çiçek vakası görülmemektedir.

Tropiklerde sarıhumma gibi öldürücü ve büyük salgınlar yapan bir hastalık da aşı ile kontrol altına alınmıştır.

Difteri ve çocuk felcine karşı çocukların tümünü aşılayan ülkelerde de bu hastalıkların da hemen hemen kökü kazınmıştır.

Tetanus ve Boğmaca da artık önemli bir sorun değildir. Az gelişmiş ülkelerde —örneğin Türkiye'de— bu hastalıkların hâlâ görülmesi ve ölüme neden olması aşı uygulamalarının yetersizliğidir.

Tifo ve kolerada aşının koruyucu etkisi olmakla beraber diğer hastalıklarda olduğu gibi bu hastalıklarda aşı ile kesin sonuç alma olanağı yoktur. Bu hastalıklarda esas su ve besinlerin dışkı ile bulaşmasını önlemektir. Tüberkülozda aşı, özellikle hastalığın çok görüldüğü ülkelerde, değerli bir savaş aracı olmakla beraber esas hastaların erken tanısı ve tedavisidir.

X. BESLENME

Beslenme (Nutrition) geniş ve çok yönlü bir bilimdir. Dietetik, beslenme hastalıkları, beslenmenin biokimyası ve fizyolojisi, besin teknolojisi, toplum açısından beslenme (applied nutrition) beslenme biliminin alt dallarıdır. Bunlar arasında toplumsal beslenme halk sağlığının da bir bilim dalıdır.

Beslenme Hastalıkları :

Beslenme hastalıkları avitaminozlar, mineral yetmezliği, kalori ve protein yetmezliği ve şişmanlık olmak üzere dört grupta toplanır. Bizim kültürümüz dahil birçok kültürde kalori - protein yetmezliğinden doğan aşırı zayıflık veya çocuğun fizik gelişmesinin yavaşlaması ile şişmanlık hastalık sayılmaz. Halbuki beslenme yetersizliği çocuklarda infeksiyonlara karşı direncin azalttığı ve zekâ gelişimini yavaşlattığı, yetişkinlerde de şişmanlık diyabet, hipertansiyon, arterioskleroz gibi hastalıklara uygun zemin hazırladığı için önemlidir. Şişmanlarda ölüm olasılığının artışını gösteren veriler (Tablo 5'de) gösterilmiştir. Bu nedenle Halk Sağlığı çalışmalarında en önemli konulardan biri kişilere kalori - protein yetmezliği ve şişmanlığın önemli sağlık sorunları yaratan hastalık olduğu konusunda eğitmektedir.

Ülkemizde beslenme hastalıkları büyük bir toplumsal sorundur. Köksal ve Baysal'ın 1974 yılında Türkiye çapında yaptıkları beslenme araştırmasında 0 - 4 yaş grubundaki çocukların yüzde 34.4'ünde, 5 yaş üzeri erkeklerin yüzde 53.4'ünde, 5 yaş üzeri kadınların yüzde 67'sinde beslenme yetersizliği ile ilgili bir veya birkaç belirti bulunmuştur.

Tablo 5 — Şişmanlığın Ölüm Riskini Arttırış Yüzdeleri

Hastalıklar	Şişmanlarda Ölüm Hızı Artışı (Yüzde) Kadın	Erkek
Kalp Hastalıkları	175	142
Beyin Kanaması	162	159
Kronik Nefrit	212	192
Diyabet	372	383
Siroz	147	249
Apandisit	195	223
Safra Taşı	284	206

Ülkemizde 0 - 4 yaş grubunun en önemli sorunu kalori - protein yetmezliğidir. Köksal ve Baysal'a göre bu yaş grubundaki çocukların yüzde 20'sinde ağırlık yönünden büyüme geriliği vardır.

Marasmus hızı binde 9'dur. Araştırmada muayene edilen 4828 çocuktan yalnız birinde Kwashiorkor saptanmıştır.

Ülkemizde —özellikle kadınlar için— önemli bir diğer beslenme yetersizliği sorunu demir yetmezliği anemisidir. Köksal ve Baysal'a göre tüm nüfusun yüzde 8.1'inde hemoglobin düzeyi 100 ml. kanda 8.1 gramdan aşağıdır. Hemoglobin miktarı 100 ml. kanda 11 gramdan fazla olanlar nüfusun yüzde 42.2'sidir. Çeşitli yaş ve cins gruplarında bulunan hemoglobin miktarları (Tablo 6'da) gösterilmiştir.

Tablo 6 — Türkiye'de Kanda Hemoglobin Düzeyi 7.9 gr. dan Az ve 11 gr. dan Çok Olanların Yüzdesi

Yaş	Cins	100 ml. Kanda 7.9 gr. dan Az Yüzde	11 gr. dan Çok Yüzde
0 - 4	Erkek	17.3	25.2
0 - 4	Kız	14.4	28.9
5 ve üstü	Erkek	4.3	53.8
5 ve üstü	Kadın	6.8	43.0
Gebe		16.1	26.1
Emzikli		8.6	34.6
Her yaşta E. ve K.		8.1	42.2

Ülkemizde önemli beslenme sorunlarından biri de iyot yetmezliğidir. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde guatr endemik ve bazan hiperendemiktir. Köksal ve Baysal'ın araştırmasına göre Türkiye'de tiroidi büyük olanlar 0 - 4 yaş grubunda binde 7.8, beş yaş ve üstü kadınlarda binde 91, erkeklerde binde 33'dür.

Bunların yanında Türkiye'de 0 - 4 yaş grubunda raşitizm (yüzde 4.4), riboflavin yetmezliği (yüzde 6.2) ve A avitaminozu (binde 9) 5 yaş ve üzerinde skorbütik dişeti (yüzde 1) rastlanan beslenme hastalıklarıdır.

Türkiye'de şişmanlık da bir sorundur. Köksal ve Baysal'a göre kadınların yüzde 25'inin, erkeklerin yüzde 7.6'sının ağırlığı ideal ağırlığın yüzde 25'inden fazladır.

Beslenme Hastalıklarında Tedavi :

Vitamin veya mineral yetmezliği olan bir hasta hekime başvurduğu zaman buna bir vitamin veya demir reçetesi yazılabilir. Bu şekil hareket sorunu ancak geçici olarak çözümleyebilir. Hastanın beslenme şekli düzeltilmezse kişi ilacı bıraktıktan sonra besinlerle gerekli vitamin veya mineral alamayacağından yine hastalanır. Bu nedenle beslenme yetmezliklerinin veya aşırılığın çözümlenmesinde takip edilecek doğru yol diyetin, sağlığın en iyi şekilde sürdürülmesini sağlayacak şekilde, düzenlenmesidir. Diyet düzenlenmesi çok güç bir iştir. Evvelâ kişisel şartlara göre diyet değişir. Bebeğin, çocuğun, çeşitli çalışma şartlarındaki yetişkinlerin, gebelerin, yaşlıların, çeşitli hastalıklara yakalanmış olanların, beslenme, sorunları birbirinden farklı olduğundan diyetleri de birbirinden farklıdır.

Bir kişiye ne yemesi gerektiğini söylemek de sorunun çözümlenmesi için yeterli değildir. Çünkü diyet, beslenme alışkanlıklarına - daha geniş bir deyimle kültüre çevrede bulunabilen yiyeceklere ve kişinin ekonomik gücüne bağımlıdır.

Çocuğuna yumurta alacak parası olduğu halde geleneklere uyarak çocuğunu unlu mama ile besleyen, parası olduğu halde proteinli besin yerine baklava ve böreği seçenlerin sayısı, parası olmadığı için çocuğunu iyi besleyemeyenlerden çoktur. Hekimden çocuğuna meyva suyu, yumurta, sebze ve karaciğer ezmesi vermesi öğüdünü aldığı ve bunu

yapmak istediği halde annesinin veya kaynanasının karşı koyması nedeni ile bunu yapamayan anne sayısı da az değildir.

Diyeti değiştirebilmek için diyet önerilerini kişinin gereksinmesine ekonomik olanağına ve çevrede bulunabilen besin maddelerine göre yapmak ve beslenme eğitimini sürekli ve kapsamlı olarak yürütmek gereklidir.

Beslenmenin Düzenlenmesinde Toplumsal Önlemler :

Beslenme kişisel olmaktan çok toplumsal bir sorun olduğundan bunların çözümlenebilmesi için hükümet düzeyinden başlamak üzere planlı ve programlı çalışmak zorunluğu vardır. Beslenme yetersizliği az gelişmiş ülkelerin ve alt sosyo - ekonomik tabakadaki kimselerin büyük sorunu olduğundan en önemli ve etkili önlem bunların gelirlerinin arttırılmasıdır. Bununla beraber bölgelerin ve grupların özel beslenme sorunlarını bulmak, gerekli besinlerin üretimini ve yenmesini isteklendirmek, besin sanayiini geliştirmek, besin ticaretini düzenlemek gibi önlemler alınmazsa sadece geliri yükseltmekle de beslenme sorunu çözümlenmez.

Halkın genel olarak veya bazı grupların özel olarak beslenme bozukluklarını ortaya çıkarmak, sebeplerini bulmak, belirlemek, ilgilileri önlem almak için zorlamak hekimlerin sorumluluğudur. Beslenme yetersizliği ve nedenleri ortaya çıkarıldıktan sonra halkı beslenme konusunda eğitmek, o bölgede yetersizliği görülen maddeyi ihtiva eden besinleri yetiştirmek, yemek pişirme, besin saklama yöntemlerinde hata varsa onları düzeltmek, içinde gerekli besin maddeleri bulunan besinleri herkesin alabileceği fiatla satmak (örneğin; ucuz, tam protein kaynaklarını geliştirmek) alınacak ve uygulanacak önlemlerin en önemlileridir. Toplumsal önlemler arasında uygulama bakımından hekimleri yakından ilgilendiren konular şunlardır :

Beslenme Eğitimi : Öğrencilere veya yetişkinlere hangi besinden ne kadar yemesi gerektiğini öğretmek kolaydır. Yalnız bunlara eskiden yemedikleri bir şeyi yedirmek, o yemeği sevilen ve aranılan bir yemek haline getirmek veya alıştıkları ve sevdikleri yemekler sağlıkları için zararlı ise onları o yemeklerden vazgeçirmek çok zordur. Beslenme eğitimi bilgi verme değil, alışkanlıkları değiştirmektir. Beslenme alışkanlıklarını, çocuklar büyüklerden kolay değiştirir. Alışkanlıkta ancak o

besin yenerek kazanılır. Süt sağlık —özellikle çocuk sağlığı— bakımından değerli bir besindir. Buna rağmen ülkemizde parası olan da süt içmez. Süt bebeklik çağı besini sayılır. Okullarda beslenme programları aslında bir sosyal yardım değil, beslenme eğitimi programıdır. Okul, bahçe programları da aynı niteliktedir.

Ucuz ve Tam Protein Kaynağı : Et, süt, yumurta gibi hayvansal proteinden zengin besinlerin pahalı olması sosyo - ekonomik düzeyi düşük halk tabakalarının ve özellikle bu tabaka çocukların yeter protein almamalarına neden olmaktadır. Bitkisel proteinler ucuz olmakla beraber içinde bazı esansiyel amino asitler bulunmamasından dolayı yetersizdirler. Hayvancılığın, balıkçılığın, tavukçuluğun geliştirilmesi, bunların fiyat ve satışlarının ayarlanması gibi önlemler yanında proteinden zengin, çeşitli bitkisel ürünleri karıştırarak gerekli amino asitleri uygun oranlarda ihtiva eden besin preparatlarının yapılmasına da çalışılmaktadır. Orta Amerika'da geliştirilen ve Incaparina adı verilen bir besin preparatı, bu konudaki başarılardan biridir. Incaparina soya fasulyesi unu, pamuk tohumu unu ve darı gibi proteinden zengin çeşitli bitkilerin bir karışımıdır. Bunun içinde az miktarda süttozu da vardır. Incaparina ucuzdur ve halk tarafından tutulmuştur.

Yiyecek ve İçeceklere Gerekli Besin Maddelerinin Katılması : Halkın aldığı besinlere veya suya verilmesi gerekli besin maddeleri katmak da besin sorunlarının çözümlenmesi için kullanılan yöntemlerdendir. Örneğin; bir bölgede Fluor yetmezliği varsa şehir suyuna fluorür katılır. İyot yetmezliği olan yerlerde mutfak tuzuna iodür konur. Süte A ve D vitamini eklenmesi, unlu besin maddelerine (meselâ ekmek) B kompleksi vitaminleri katılması da bu yolla besin sorunlarının çözümlenmesi için yapılanların örneklerindendir.

XI. ERKEN TANI

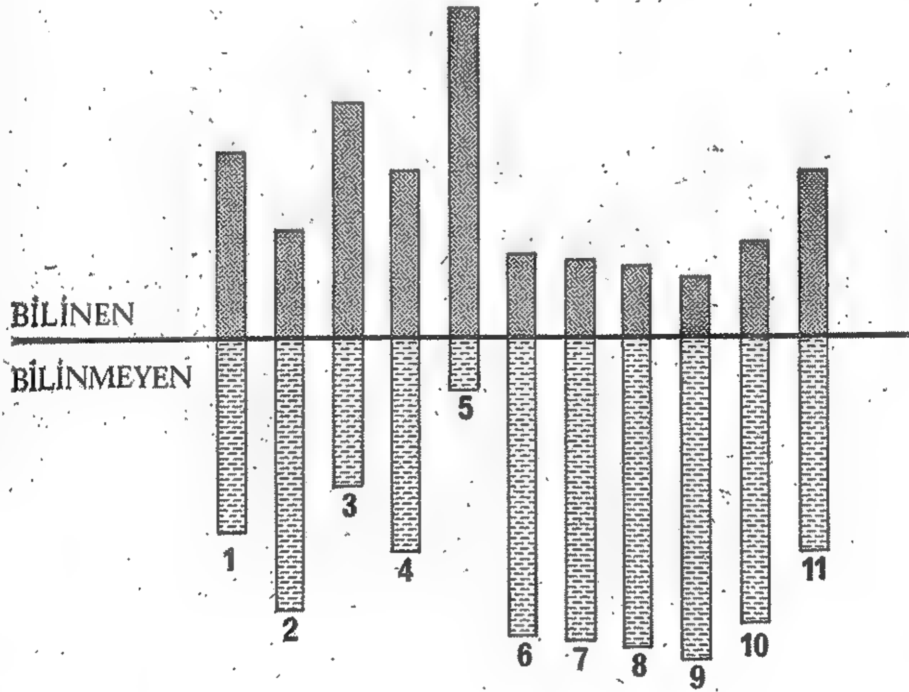
Tanım :

Hekimlikte erken tanının değeri gittikçe daha fazla anlaşılmakta ve uygulanmasına büyük önem verilmektedir. Erken tanı dendiği zaman kişinin hastalığının klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı veya ona acı ve sıkıntı vermeyen silik belirtilerin bulunduğu dönemde hastalığının tanımı anlaşılır. Buna presemptomatik tanı da denir.

Kişinin herhangi bir hastalık belirtisi üzerine hekime başvurması klütürüne ve belirtinin kendisi üzerindeki psikolojik etkisine bağlıdır. Kültür düzeyi düşük ve olanakları sınırlı toplumlarda akut hastalıklarda bile hekime başvurmada gecikme olağandır. Eğer hastalığın başlangıç belirtileri hastaya rahatsızlık vermez, işinden alıkoymazsa en kültürlü ve her olanağa sahip olan kimseler bile hekime başvurmada gecikirler. Bu gecikmenin nedeni, genellikle, kişinin duyduğu hastalık belirtilerinin, çok önemli bazı hastalıkların başlangıcı olduğunu bilmemesi, buna ihtimal dahi vermemesidir. Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle ve parasız yürütülmediği ülkelerde kişi, malî nedenler ile —özellikle dar gelirli ise— hekime başvurmaz ve erken tanının sağlayacağı faydalar kaybedilir. Kişinin hekime başvurmuş olması da her zaman hastalığının erken tanınmasını sağlayamaz. Hekimin iyi anamnez almaması, tam muayene yapmaması, gerekli laboratuvar muayenelerini yaptırmaması veya yapılan bu muayenelerin yanlış sonuç vermesi nedeni ile erken tanı fırsatı kaçırılabilir. Hastanın, muayene sonucunu öğrenmek için hekime bir daha uğramaması da olağan bir gözlemdir.

Erken Tanının Önemi ve Faydası :

Toplumda hastalıkların erken tanısı üzerinde yapılan çalışmalar birçok hastalıklarda bilinen vaka sayısının mevcut vaka sayısına oranla çok az olduğunu göstermektedir. Bu durum —buz dağlarının büyük bir kısmının deniz içinde olması ve görülmemelerine benzetilerek— toplumda hastalık buz dağları (clinical iceberg in the community) deyimi ile anlatılmağa çalışılmıştır (Şekil 2).



1 — Kaviteli Tbc. (Ankara)
2 — Tbc. İnfiltrasyon (Ankara)
3 — Angina Pektoris (Çekoslavakya)
4 — Enfarktüs (Çekoslavakya)
5 — Hipertansiyon (Çekoslavakya)
6 — Hipertansiyon (Etimesgut H. Ü. Tıp Fak. Öğrencileri)
7 — Hipertansiyon (İngiltere)
8 — İdrar Yolları Enfeksiyonu (İngiltere)
9 — Glokom (İngiltere)
10 — Servik Kanseri (İngiltere)
11 — Psikiatrik Vak'a (İngiltere)

Şekil 2 — Hastalık Buzdağları

Başkök, memleketimizde tüberküloz prevalansı üzerinde yaptığı araştırmalarda kaviteli tüberküloz vakalarından yüzde 51'inde infiltrasyonlu hastaların yüzde 83'ünde hastaların hastalıklarının farkına varmamış olduğunu veya hastalıklarının teşhis edilememiş olduğunu göstermiştir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri Etimesgut bölgesinde yaptıkları taramalarda kan basıncı normal sınırlar üstünde olanların yüzde 75'inde hiç bir belirti olmadığı veya belirti olduğu halde hekime başvurmadıkları saptanmıştır.

Çekoslovakya'da rastgele seçilmiş, 60 - 64 yaşlar arasındaki 473 kişide iskemik kalp hastalıkları ve hipertansiyonun ne kadar sık görüldüğü araştırılmıştır. Bu araştırmada 96 angina pectoris vakasından 37 sinin (yüzde 38), infarktüs geçirmiş 32 kişiden 18'inin (yüzde 56), diastolik kan basıncı 100 mm üzerinde olan 46 kişiden 14'ünün (yüzde 30) hastalıklarını bilmedikleri ve hekime başvurmamış oldukları görülmüştür.

Erken tanı konusunda İngiltere'de bir araştırma yapan Logan'ın (Tablo 7'de) gösterilen bulguları da çok ilgi çekicidir. Bu araştırmaya göre hekimler, hizmet ettikleri toplumdaki hastaların ancak dörtte birini bilmektedirler.

Tablo 7 — İngiltere'de Yapılan Bir Taramada Saptanan Hastalar

Hastalıklar	Hekimin Bildiği Hastl.	Bilinmeyen Hasta Sayısı	Bilinenlerin Yüzdesi
Hipertansiyon (45 yaş yukarısı)	32	129	20
İdrar yolu infeksiyonu	25	115	18
Glokom (45 yaş yukarısı)	3	24	11
Epilepsy	8	6	57
Romatoid artrit (15 yaş yukarısı)	11	14	44
Serviks kanseri	2	10	17
Meme kanseri	1	10	9
Psikiatrik vaka	104	131	44
Depresiv psikoz	12	113	10
İntihar teşebbüsü	8	8	50

Kanser, diabet, tüberküloz gibi hastalıklarda hastalığın erken tanısı kişinin hayat süresini uzatma bakımından çok önemlidir. Tanının

gecikmesi hastalığın ağırlaşmasına, hattâ tedavi olanağının ortadan kalkmasına sebep olur. Aynı zamanda hastalıklar ne kadar erken tanınırsa o kadar kolay ve kısa sürede tedavi edilir. Erken tanı, kişinin sağlığı yanında tedavi maliyetini düşürmesi bakımından da önemlidir.

Uygulama Kuralları ve Erken Tanısı Gerekli Hastalıklar :

Her hastalığın erken tanısı için özel bir çaba harcama gerekli değildir. Bir hastalık ;

* Toplumda sık görülüyorsa,
* Öldürücü veya sonucu tehlikeli ise,
* İlerlemiş vakaların tedavisi uzun sürdüğü için pahalıya mal oluyor ve işgücü kaybı fazla ise,
* Büyük insan topluluklarının, sözkonusu hastalık yönünden taranmasına elverişli bir yöntem varsa,
* Taramada kullanılacak yöntem zararsız ve halk tarafından kabul ediliyorsa,
* Bulunan hastaların tedavisi, hiç olmazsa hastalıkların ilerlemesinin önlenmesi mümkün ise

erken tanı için özel bir çaba harcanması yerindedir.

Erken tanının çok önemli olduğu hastalıklar ve erken tanı uygulamalarının kimlere yöneltileceği (Tablo 8) de görülmektedir.

Tablo 8 — Çeşitli Gruplar ve Erken Tanısı Gerekli Hastalıklar

1. Gebeler	**4. Genç Yetişkinler (40 yaş. kadar)**
Tüberküloz	Tüberküloz
Kalp hastalıkları	İş hastalıkları
Anemi	Meme ve serviks kanseri
Frengi	Anemi
Psikoz	Frengi
Diyabet	**5. Yetişkinler (40 - 60 yaş)**
Böbrek infeksiyonu	Genç yetişkinler ve yaşlıların hastalıkları
2. Bebek ve Oyun Çocuğu	**6. Yaşlılar (60 yaştan sonra)**
Beslenme	Hipertansiyon
Duyma ve görme bozukluğu	Kanser
Ruhî gelişme	Glokom
Fenilketonuri	Diabet
Sistik fibroz	Kronik bronşit
3. Okul Çocukları	Böbrek hastalıkları
Beslenme	Kalp damar hastalıkları
Tüberküloz	
Görme ve duyma bozukluğu	
Eğitime uyamamak	

Erken Tanı Uygulamasında Kullanılan Yöntemler :

Kişilere erken tanısı önemli olan hastalıkların belirtilerini öğretmek : Erken tanısı önemli olan hastalıkların ilk belirtilerini ve bu belirtiler görülünce hemen hekime başvurulmasını halka öğretmek etkili bir yoldur. Bu, sağlık eğitimi çalışmalarının önemli uygulamalarındandır. Bu çeşit eğitimin halk arasında nevrozlara sebep olacağı endişesi ileri sürülmüştür. Uygulamalar, hastalık belirtisi öğretilenlerden bazılarının kuruntuya kapıldığını, bununla beraber büyük çoğunluğun bunu normal karşıladığını göstermiştir. Erken tanı kampanyaları ile bulunan ve tedavi edilerek ölümden kurtarılanlar kampanyaların başarısı üzerinde olumlu etki yapmaktadır.

Periodik Muayene : Erken tanıyı sağlamak için kişileri periodik sağlık muayenesine alıştırmak veya önemli durumlarda kanun yolu ile sağlam insanları muayeneye zorlamak da hastalıkları erken tanıma için başvurulan bir yoldur. Periodik sağlık muayeneleri gebelerin, çocukların ve yaşlıların sağlıklarının korunması için gereklidir. Evlenme muayenesi, şoför muayenesi, sıtmalı bölgelerde kan muayenesi kanunların zorunlu kıldığı sağlık muayenelerindendir. Bu muayeneler ile hem kişinin ve hem çevresindeki diğer insanların sağlığı ve hayatı korunur. İşyerlerinde meslekleri icabı sağlıkları tehlikede olanların periodik muayenesi de iş sağlığı kurallarındandır.

Kitle Taramaları : Bir bölgede yaşayan halkın tümü veya tehlikeye maruz kısmının sistematik bir surette ve muhtemel hastaları bulmak gayesi ile muayenesine kitle taraması (mass screening) denir.

Kitle Taramalarının Planlanma ve Uyuglanması :

Kitle taramaları erken tanı için çok kullanılan ve en iyi sonuç veren bir yöntemdir. Taramalar bir tek hastalığa yönelmiş olabileceği gibi birden fazla hastalığın aranması amacı ile de yapılır (multiple screening). Taramalar genellikle pahalı ve başarı ile yürütülmesi zor olan bir çalışma şeklidir. Bu nedenle taramalara başlamadan önce çok dikkatli ve bütün ayrıntıları kapsayan bir plan ve program yapmak gerekir.

Prensipler ve Planlama : Yukarıda belirtilen ölçütlere göre bir bölgede bir veya birkaç hastalık için taramaya karar verilirse, taramada kullanılacak yöntemin seçimi, personelin eğitilmesi, bulunan şüpheli

vakaların kesin tanı olanaklarının sağlanması, çalışma yerinin ve saatlerinin halk için en uygun yer ve saat olması, tarama çalışmalarına başlamadan önce çözümlenmesi gereken hususlardır. Taramalara başlamadan önce bölgede yaşayanların saptanması taramanın ne dereceye kadar başarılı olduğunu değerlendirmek ve tüm halkı muayeneye getirebilmek için şarttır. Bundan sonra geniş ölçüde halk eğitimi yaparak halkı muayeneye gelmeğe isteklendirmek de gerekir.

Taramalarda genellikle bir tek muayene yöntemi kullanılır. İlk muayenede amaç hastalığı kesin olarak teşhis değildir, normaller ile hastalık şüphesi olanları ayırmaktır.

Yöntem Seçimi: Taramada kullanılan yöntemlerin seçimi aşağıdaki ölçülere göre yapılır:

* Tarama muayenesinde kullanılan yöntem ile normal bulunanların arasında hasta kalmamalı ve muhtemel hasta grubuna ayrılanların büyük çoğunluğu kesin tanı muayeneleri sonunda hasta çıkmalıdır.
* Tarama muayeneleri ucuz ve kolay olmalıdır.
* Muayene kişileri ürkütmemeli, sıkıntıya sokmamalıdır.
* Paramedikal personel tarafından uygulanabilecek yöntemler tercih edilmelidir.

Uygulama: Bir kitlede yapılan tarama sonunda muayene edilenler önce iki gruba ayrılır. Birinci grup normal olanlardır. Bunlara başka muayene yapmak gerekmez. Hastalık tehlikesi devamlı ise belirli aralıklarla normaller yeniden taranır.

İkinci gruptakiler muhtemel hastalardır. Bunlar gerekli her yönteme başvurularak muayene edilir. Bu muayeneler sonunda bu grup üçe ayrılır. Birinci gruptakiler hastalardır; bunlar derhal tedavi altına alınır. İkinci grupta ilk tarama muayenesi yanlış olarak pozitif sonuç veren normal kimselerdir. Bunlar diğer normaller gibi işlem görür. Üçüncü grup haklarında kesin karar verilemeyen sınırdaki vakalardır. Bunlar sürekli gözlem altında tutulur.

XII. AŞIRI DOĞURGANLIĞIN KONTROLU

Aşırı Doğurganlığın Sağlık Üzerine Etkisi:

Aşırı doğurganlık Ana ve Çocuk sağlığını olumsuz olarak etkileyen ögelerden biridir. Bu nedenle aşırı doğurganlığın kontrolu Ana ve Çocuğun sağlığını koruma bakımından önemli bir önlemdir.

Ailede çocuk sayısı ve doğumlar arası sürenin çocuk sağlığı üzerine etkisini gösteren araştırmaların bazılarının sonuçları (Tablo 9 ve 10'da) özetlenmiştir. Bu tablodaki verilerin gösterdiği gibi ailede çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı azaldıkça çocuk ölümleri artmakta, çocukların hastalanma oranı yükselmekte, beslenme durumu bozulmakta, çocukların zekâ gelişmeleri gerilemektedir.

Tablo 9 — Aşırı Doğurganlığın Çocuk Sağlığına Etkisi

Ailede Yaşayan Çocuk Sayısı	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	Beslenme Yetersizliği Olan Çocuk Yüzdesi	Kişi Başına Yılda Gastro - Enterit	Zekâ Testi
1	172	32.0	—	106.4
2	117	34.1	—	109.6
3	145	41.0	0.97	106.8
4	124	40.7	1.18	109.0
5	172	41.9	1.53	105.7
6	164	46.7	1.89	99.2
7	206(1)	40.3	1.89	93.0
8	—	46.2(2)	2.11	83.8
9	—	—	—	89.9
10	—	—	—	62.0

(1) 7 ve daha fazla.
(2) 8 ve daha fazla.

Tablo 10 — Doğumlar Arası Sürenin Çocuk Sağlığına Etkisi

Doğumlar Arası (Ay)	Doğum Sayısı	Neonatal Ölüm Hızı (Binde)	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	İki Yaşında Ölüm Hızı (Binde)
0 - 11	34	88.2	205.9	105.3
12 - 23	132	97.2	201.9	54.9
24 - 35	491	57.0	132.2	89.0
36 - 47	175	57.1	137.9	57.7
48 +	112	35.7	108.1	29.0
Toplam	1244	73.7	160.6	67.9

Aşırı doğurganlığın, özellikle sosyo - ekonomik koşulların iyi olmadığı durumlarda, ana sağlığını olumsuz etkilediğine dair çok yayın vardır. Bunlardan biri (Tablı 11'de) görülmektedir. Dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda jinekolojik şikâyet ve hastalıklar dörtten az çocuklu kadınlara kıyasla önemli ölçüde fazladır.

Tablo 11 — Ergazi Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınlarda Doğurganlık ve Jinekolojik Hastalık ve Şikâyetler Arasında İlişki

Doğum Sayısı	Muayene Edilen Kadın Sayısı	Jinekolojik Şikâyeti veya Hastalığı Olan Kadınlar Sayı	Yüzde
4 veya daha az	126	66	52
5 veya daha çok	253	184	72
Toplam	379	250	60

Çocuk istemeyen kadınlarda aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerinden biri de isteyerek çocuk düşürmeye neden olmasıdır. Uzmanların tahminine göre dünyada her yıl isteyerek çocuk düşüren kadın sayısı 55 milyon dolayındadır. (Tablo 12'de), örnek olarak seçilen bazı ülkelerdeki, çocuk düşürme hızları görülmektedir. Türkiye çocuk düşürmenin oldukça yaygın olduğu ülkeler arasındadır. Yapılan araştırma sonuçlarına dayanılarak yapılan hesaplara göre her yıl 200.000 dolaylarında kadın isteyerek çocuk düşürmektedir. Uygun olmayan koşullarda çocuk düşürme kadın ölümleri ve jinekolojik hastalıkların önemli nedenlerinden olması kadın sağlığını korumak için istenmeyen gebeliklerin önlenmesini de zorunlu kılmaktadır.

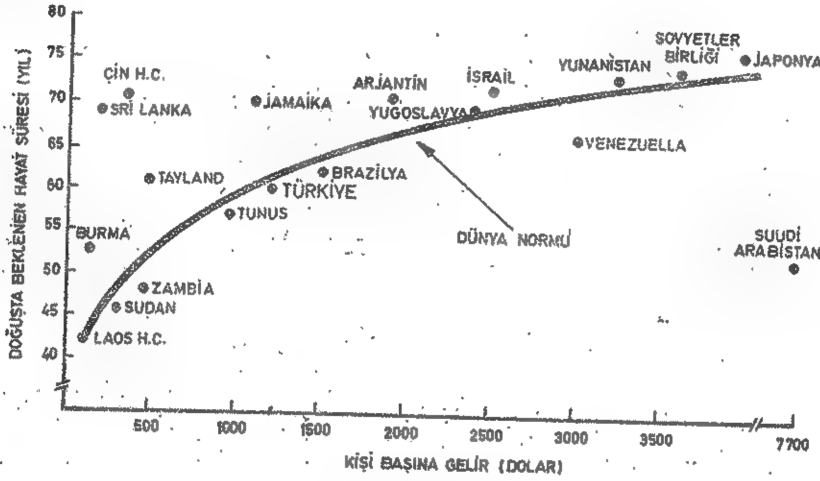
Tablo 12 — Çeşitli Ülkelerde Çocuk Düşürme Sıklığı

Ülkeler (4)	Is. Düşük Hızı Binde (1)	Is. Düşük Oranı Binde (2)	Kaba D. Hızı Binde (3)
İngiltere (1979)	12	156	12
Fransa (1979)	14	170	14
İtalya (1979)	16	224	13
Tunus (1978)	17	93	32
İsveç (1979)	21	264	12
Türkiye (1973)	29	138	32
ABD (1978)	30	303	15
Macaristan (1979)	36	344	16
Bulgaristan (1978)	68	484	16
Japonya (1979)	84	547	15
Romanya (1979)	88	498	19
Sovyetler Birliği (1970)	180	700	18

(1) Doğurganlık çağındaki 1000 kadının bir yılda yaptığı isteyerek çocuk düşürme ve aldırma.
(2) Ölü doğum ve kendiliğinden düşük hariç 1000 gebelikten isteyerek düşükle sonuçlananlar.
(3) Bir yılda bin kişiye düşen canlı doğum sayısı.
(4) Parantez içindeki sayılar düşük istatistiğinin yılıdır. Kaba doğum hızları 1978 yılına aittir.

Aşırı doğurganlığın aile üzerindeki etkisi çok çocuklu olma, ülke düzeyindeki sonucu da nüfusun hızlı artışıdır. Bu nedenle aşırı doğurganlık dolaylı olarak da sağlığı etkiler. Aşırı doğurganlığın aile düzeyindeki etkisi aile refahı ile aile büyüklüğü arasındaki ilişki ile gösterilebilir. Bir ailenin refahı gelirine, paranın satın alma değerine ve ailedeki tüketici sayısına bağlıdır. Bu üç değişkenden ilk ikisinin değişmediğini ve ailede çocuk sayısının değiştiğini varsayalım. Örneğin; aylık geliri 30.000 lira olan iki aile ele alalım. Birinin 2 çocuğu diğerinin 8 çocuğu olsun. Birinci ailede kişi başına gelir 7.500 lira, ikinci ailede 3.000 lira olacaktır. İkinci ailenin refah düzeyi de ayda 12.000 lira kazanan 2 çocuklu aile düzeyinde olacaktır. Bu nedenle az çocuklu ailelerin, kendi düzeylerinde olan çok çocuklu ailelere kıyasla, daha sağlıklı yaşama olanakları olacaktır. Daha iyi beslenecekler, daha iyi giyinecekler, daha iyi bir konutta oturabilecekler ve çocuklarını daha iyi okutabileceklerdir.

Sorun ülkeler açısından ele alındığı zaman az gelişmiş ülkelerde nüfusun hızlı artışı sermaye birikimini olumsuz etkilemekte, nitelikli insan gücü yetiştirmeyi güçleştirmekte ve bu neden ile ekonomik gelişme hızı çok sınırlı kalmaktadır. Ekonomik güç ile sağlık arasında, (Şekil 3'de) görüldüğü gibi, genel bir ilişki vardır. Ancak çeşitli ne-



Şekil 3 — Çeşitli Ülkelerde Kişi Başına Millî Gelir ve Beklenen Yaşam Süresi

denler ile ortalamadan sapmanın çok belirgin örnekleri de vardır. Şekil 3'de görüldüğü gibi Suudi Arabistan'da kişi başına gelir 7.690 dolar, doğuşta beklenen hayat süresi 53 yıldır. Buna karşın Srilanka'da kişi başına gelir 190 dolar, doğuşta beklenen hayat süresi 69 yıldır. Dünya Bankası'nın yıllık gelişme raporunda Srilanka'nın durumu şöyle açıklanmaktadır: «Srilanka'da beklenen hayat süresi, eğitim düzeyi ve düşük doğurganlık diğer fakir ülkeler ile kıyaslanırsa bir rekor olduğu görülür. Hükümet bunu son yirmi yılda millî gelirin yüzde onunu eğitim, sağlık ve beslenme programları için harcayarak sağlamıştır. Bu uygulama, bir bakımdan ekonomik büyümeyi yavaşlatmıştır. Millî geliri düşük olan diğer ülkelerde, millî gelir daha hızlı artmıştır. Ancak diğer düşük gelirli ülkelerde kişi başına düşen gelirin yüzde 1.4 artmasına karşın, Srilanka'da nüfus hızlı artmadığı için kişi başına gelirin yıllık artış hızı yüzde 2 olmuştur.

Nüfus artışının sağlık hizmetlerine yaptığı etki üzerinde de durmak gerekir. Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi sağlık insan gü-

cüne ve tesislere bağımlıdır. Sağlık hizmetini geliştirmek için kişi başına düşen sağlık personeli ve tesis sayılarını arttırmak esastır. Aşırı nüfus artışı az gelişmiş ülkelerde bu oranların halk yararına değişmesi için yapılan çabaların verimini büyük ölçüde düşürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün incelemelerine göre son 20 yılda az gelişmiş ülkelerde hekim sayısı iki katına çıkmıştır. Buna karşılık 10.000 kişiye düşen hekim sayısı 5.5'den 7.9'a çıkabilmiştir. Bu ülkelerde nüfus artış hızı Avrupa ülkeleri düzeyinde olsa idi hekim oranı, aynı çaba sonunda 10.000'de 11 olurdu.

Bir örnek de kendi ülkemizden verebiliriz: Ülkemizde 1927 yılında 1.065 hekim vardı. 12.770 kişiye bir hekim düşüyordu. Bu oran 1980 yılında 1.731 kişiye bir hekim oldu. 1927 ve 1945 yılları arasında nüfusumuzun ortalama artış hızı binde 18 idi. Bu oran 1980 yılına kadar değişmese ve hekim yetiştirme aynı hızda sürdürülse idi, nüfusumuz 35 milyon olur ve 1.345 kişiye bir hekim düşerdi. 1980 yılında bu oranı sağlamak için mevcuda ek olarak 7.355 hekim daha eğitmiş olmamız gerekirdi.

Türkiye'de Doğurganlık :

Türkiye'de 1935 - 1955 yılları arasında Kaba Doğum Hızı binde 46 ve toplam doğurganlık hızı 6.65 dolaylarında idi. 1955 yılından sonra sosyo - ekonomik kalkınmamızın doğurganlığa yansıdığı ve halkın tutumunun değiştiğini görüyoruz. Bunun ilk gözlenen kanıtı, 1950'lerin sonlarında çocuk düşürme olaylarının artmasıdır. Sayımlara dayanarak yapılan doğurganlık hesaplamaları, 1955 yılından başlıyarak doğum hızlarının önce yavaş sonra hızla azalmağa başladığını göstermiştir. (Tablo 13'de) görüldüğü gibi 1978 yılında kaba doğum hızı binde 30'a, toplam doğurganlık hızı 4.66'ya düştü. Bu düşüş (Tablo 14'de) görüldüğü gibi gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılışının artışı ile de paraleldir. 1978 yılında gebeliği önleyen yöntem kullananların hesabında gebelik riski altında olan kadınlar payda olarak kullanılırsa korunanlar oranı yüzde 50.4 olmaktadır.

Batıda endüstri çağına giren ülkelerde nüfus planlaması, daha yerinde bir deyimle aşırı doğurganlığın kontrolu, bir halk hareketi olarak 19 uncu yüzyılda başlamıştır. Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İnigliz papazı olan Jeremy Bentham'-

Tablo 13 — Türkiye'de Doğurganlık

Yıllar	Kaba Doğum Hızı (Binde)	Toplam Doğurganlık Hızı
1935 - 40	45.8	6.66
1941 - 45	43.3	6.55
1945 - 50	46.0	6.85
1951 - 55	48.3	6.54
1955 - 60	47.0	6.54
1961 - 65	43.2	6.10
1965 - 70	38.8	5.63
1971 - 75	33.0	5.05
1975 - 80	30.0	4.66

Tablo 14 — Türkiye'de Doğurganlık Çağında Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananlar (1963 - 1978)

Yöntemler	1963 (1)	1968 (1)	1973 (1)	1978 (1)	1978 (2)
Uterus İçi Araç	0	1.6	2.3	3.5	7.9
Hap	1.0	2.2	4.8	4.9	11.0
Kaput	4.3	4.4	4.7	3.6	8.8
Geri Çekme	10.4	18.0	23.6	19.4	44.0
Diğer	12.0	12.9	10.1	12.7	28.3
Toplam Korunan	22.0	32.0	38.0	44.1	—
Korunmayanlar	78.0	68.0	62.0	55.9	—
İsteyerek çocuk düşürme	8	11	12	17	—

(1) Baz 15 - 44 yaşında evli kadın sayısı.
(2) Baz gebeliği önleyici yöntem kullanan kadın sayısı.

dır. Bentham'ın etkisi ile Francis Place doğum kontrolu konusunda bir kampanya açmış ve Richard Carlile da doğum kontrolu yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. İngiltere'den sonra halk önderleri diğer Avrupa ülkelerinde de bu konuda eğitime başlamışlardır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği de 1882 yılında Hollanda'da kurulmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum kontrolu hareketinin gelişmesi kolay olmamıştır. A.B.D.'de bu hareketin öncüsü Charles Knowlton adlı bir hekimdir. 19 uncu yüzyılda yaşamış olan Knowlton,

halk için gebeliğin önlenmesi konusunda yazdığı kitaptan ötürü, ahlâka aykırı yayın yaptığı gerekçesi ile, hapse mahkûm olmuştur. 1916 yılında Margaret Sanger de aile planlaması kliniği açtığı için hapse mahkûm olmuştur.

Hükümet düzeyinde nüfus planlaması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Japonya 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerden 2 - 3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiştir. Japonya on yıl içinde kaba doğum hızını binde 30'dan batı ülkeleri düzeyine, binde 18'e düşürmüştür.

Nüfus planlaması programını başlatan ikinci ülke Hindistan'dır. Aslında İngiltere 1928 yılında Hindistan'da doğum kontrolu hareketini başlatmıştı. Ancak bu Hintlilerce kabul edilmemiştir. 1947 yılında, Hindistan bağımsızlığını kazanınca, Nehru Hindistan'ın nüfus sorunu olmadığını, fakirliğin nedeninin İgiltere'nin sömürüsü olduğunu söylemişti. Bununla beraber Nehru gerçeği kısa zamanda görmüş ve 1955 yılında kalkınma planı hazırlanırken «Nüfus artışı azaltılmadan Hindistan kalkınamaz» demiştir.

1960 yılından sonra az gelişmiş ülkelerin pek çoğu nüfus artışının önemli bir sorun olduğunu kabul etmiş ve nüfus artış hızını azaltma veya ana - çocuk sağlığı düzeyini yükseltme gerekçesi ile aile planlaması programları başlatmışlar veya halka aile planlaması hizmeti sunmuşlardır. Bu hareket Afrika'da Batının yeni bir sömürgecilik önlemi olduğu düşüncesi ile ve Lâtin Amerika ülkelerinde Katolik kilisesinin etkisi ile çok yavaş gelişmiştir. 1979 yılında 132 az gelişmiş ülkeden 35'inin antinatalist nüfus politikası vardı, 31'i de ana - çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek için aile planlaması hizmetlerini desteklemekte idiler. Bu 66 ülkenin nüfusu az gelişmiş ülkelerin toplam nüfusunun yüzde 91'i idi. Aile planlamasına karşı veya ilgisiz olan 65 ülkede 238 milyon kişi yaşadığı için bu ülkelerin tutumu dünya için bir sorun teşkil etmemektedir.

Türkiye'deki duruma gelince; Türkiye Büyük Millet Meclisi, antinatalist bir politika güdülmesini 1962 yılında kabul etmiştir. 1965 yılında yürürlüğe giren Nüfus Planlaması Kanunu ile de bilgi yayma ve gebeliği önleyici ilaçların satışını yasaklayan kanunlar değiştirilmiş ve hükûmete aile planlaması konusunda halka eğitim yapma ve hizmet sunma görevi verilmiştir. (Tablo 15'de) görüldüğü gibi 1960 - 1979 yılları arasında kaba doğum hızı en fazla düşen beşinci ülke Türkiye'dir. Bu

düşüşün nedeni Türkiye'de ailelerin büyük çoğunluğunun fazla çocuk istememesidir. 1978 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre 3 veya daha az çocuklu ailelerin yüzde 73'ü başka çocuk istememektedir. (Tablo 16'da) görüldüğü gibi bu oran şehirler için yüzde 80.5, köyler için 64.5'tir. Ülkemizde çeşitli tabakalar arasında batının şehirleri ve doğunun köyleri, aile normu bakımından iki uçtur. Batı şehirlerinde toplumsal normun 2, doğu köylerinde 4 çocuk olduğunu görüyoruz.

Tablo 15 — Çeşitli Ülkelerde Doğurganlık Düzeyindeki Değişmeler

Ülkeler	Kaba Doğum Hızı (Binde) 1960	1978	18 Yılda Fark
A. B. D.	24	15	9
Sovyetler Birliği	24	18	6
İngiltere	17	12	5
Japonya	18	15	3
Güney Kore	41	21	20
Çin Halk Cumhuriyeti	36	18	18
Tunus	49	32	17
Türkiye	44	32	12
Hindistan	43	35	8
Mısır	45	37	8
Pakistan	48	45	3
Suriye	47	45	2
Nijerya	52	50	2
Saudi Arabia	51	51	0

Tablo 16 — Türkiye'de, Yaşayan Çocuklarından Başka Çocuk İsmeyen Kadınların Yüzdeleri

	Yaşayan Çocuk Sayısı 0	1	2	3	4	5	6+	Toplam
Türkiye	0.8	10.0	51.5	73.4	82.6	84.9	86.4	57.1
Kentsel	1.4	11.5	58.7	80.5	89.5	91.0	84.3	58.0
Kırsal	0.0	8.0	39.9	64.5	76.4	81.1	87.6	56.1
Batı Kentsel	0.0	10.0	65.1	85.7	92.6	93.1	100.0	57.5
Doğu Kırsal	0.0	7.8	21.2	35.4	58.5	68.1	85.4	48.2

Hükümetin aile planlaması programını uygulamaya başladığı 1965 yılından bu yana sunulan hizmetin yeterli olmadığı görülmektedir. Bunun kanıtlarından biri Tablo 14'de görüldüğü gibi kullanılan yöntemlerin yüzde 8'inin uterus içi araç olmasıdır. Geleneksel yöntemler hâlâ yaygındır ve 1963 - 1978 arasında geri çekmeyi kullanan aile sayısı nüfus artışı da gözönüne alınırsa yüzde 102 artmıştır. Diğer kanıtlar isteyerek çocuk düşürmenin artması (Tablo 14) ve 1978 yılı araştırmasına göre kadınların yüzde 38'inin son gebeliklerinin istenmeyen gebelik oluşudur.

Aile Planlaması Hizmetleri:

Hükümetlerin aile planlaması programlarında hizmetleri üç grupta toplanır.

Halkın Eğitimi: Aile planlamasında eğitim hizmetleri yöntem, eğitici ve konu yönünden ele alınmalıdır. Aile planlaması eğitiminde —diğer sağlık eğitimi çalışmalarında olduğu gibi— kitle haberleşme araçları, küçük gruplar ile görüşme - tartışma tekniği veya bire - bir görüşme yöntemi kullanılabilir. Bu yaklaşımlar arasında grup tartışması ve bire - bir eğitim en etkili olandır. Eğitimde başarılı olmanın şartları arasında eğitimin sürekli olması ve eğiticinin toplum tarafından inanılan kişi olması önem taşır. Bu nedenle sağlık personeli en iyi eğiticidir. Ülkemizde aile planlaması eğitiminde en etkili kişiler sağlık ocaklarında ebe, hemşire ve hekimlerdir.

Eğitim konularına gelince ülkemiz koşullarında aşağıdaki konular önemlidir:

* Aileler yetiştirebilecekleri kadar —besleyebilecekleri kadar değil— çocuk sahibi olmalıdır.
* Gebelikler arasında en az iki yıl aralık olabilmesi için lohusalık döneminden sonra etkin bir yöntemle korunulmalıdır.
* Aileler etkin yöntemleri seçmelidir. Hap ve kaput gibi etkin yöntemler aksatmadan kullanılmalıdır.
* Emzirme —özellikle aybaşı görmeğe başladıktan sonra— gebeliği önlemez.

Klinik Hizmetler: Aile planlamasında klinik hizmet gerektiren yöntemler uterus içi araç, sterilizasyon ve çocuk düşürmedir. Çocuk dü-

şürmeyi aile planlaması yöntemi olarak kabul etmemeli ve gebeliği önleyici etkin yöntemleri kullandırarak çocuk düşürme olguları en aza indirilmelidir. Tıbbi olarak çocuk düşürme, istenmeyen bir gebeliği sona erdirmede kararlı bir annenin sağlığını tehlikeye atmamak için başvurulacak bir yöntem olarak düşünülmelidir. İstedikleri sayıda çocuğa sahip olan ailelerin seçeceği en etkili yöntem erkek ve kadının sterilizasyonudur. Etkili olması yanında fizik yönden zararlı hiç bir etkisi de yoktur.

Ülkemiz şartlarında en uygun yöntem uterus içi araçtır. Bu hizmetin sunulmasında darboğaz hekim sayısıdır. Bu, özellikle erkek hekimi istemeyen toplumlar için daha da önemlidir. Birçok ülkede, Türkiye dahil, ebe ve hemşirelere pelvik muayene ve uterus içi araç takmanın öğretilebileceği gösterilmiştir. Birçok ülke uterus içi araç takma hizmetini bu konuda eğitilen ebeler ile sürdürmektedir.

Dağıtım Hizmetleri : Kaput, spermisitler ve oral kontraseptiflerin sürekli dağıtımının sağlanması önemli bir sorundur. Bunlar arasında en önemli olan oral kontraseptiflerin dağıtımıdır. Oral kontraseptiflerin yan etkileri olduğundan bir kadının hekim tarafından muayene edilmeden bu ilacı almasına müsaade edilip edilmemesi tartışma konusudur.

İngiltere'de yapılan bir araştırmada hekimlerin, kadınların üçte ikisine, kadını muayene etmeden oral kontraseptiv reçetesi yazdıkları saptanmıştır. Kolombiya'da hekime muayene olmadan oral kontraseptif kullanan kadınlar ile muayene olduktan sonra kullananlar arasında yan reaksiyonlar bakımından yapılan bir araştırmada farklılık saptanamamıştır. Bu nedenle bu hizmet hekimlerin önderlik ettiği ve denetlediği bir ekipte ebe ve hemşireler tarafından yürütülebileceği görüşünde olanlar da vardır. Bazı ülkelerde ise bu hizmet ebe ninelere yaptırılmaktadır.

Buna karşın hekim muayenesini ve reçete ile satışı şart koşan ülkeler de vardır. Ülkelerin bir çoğunda da oral kontraseptifler reçetesiz eczanelerden alınabilmektedir Kaput ve spermisitleri isteyenlerin kolay alabilmeleri için bunları bakkallarda sattıran ülkeler de vardır.

XIII. İLAÇLA KORUMA

Bağışıklık kazandırılamayan bir kısım hastalıklarda ilaç ile koruma (chemoprophylaxis) yöntemine de başvurulur. İlaçla korumanın ilk uygulamaları kinin ile sıtmadan koruma ve yeni doğanın gözüne gümüş nitrat eriyiği damlatarak gonokoksik konjonktivitten korumadır. Antibakteriyel ilaçların keşfi ilaçla korumada büyük gelişmelere neden olmuştur.

Uygulamalar :

İlaçla korumaya aşağıdaki hastalıklarda başvurulmaktadır.

Streptokok İnfeksiyonları : Kreş, okul ve kışla gibi topluluklarda streptokok infeksiyonları çok sık görülmeye başladı ise ilaçla koruma en etkin yöntemdir. Uygun ilaç Benzathine Penicilline G injeksiyonu veya ağızdan penicillin verilmesidir. Bu yöntemin etkinliğini gösteren pek çok yayın vardır. Örneğin, bir araştırıcı aylık streptokoksik anjin vaka hızının binde 26'ya ve portörlük hızının yüzde 45'e yükseldiği bir toplulukta herkese 10 gün, günde 250.000 ünitelik penicillin G tabletini ağızdan vermiştir. On gün sonunda toplumda hiç portör kalmamış, vaka hızı binde 2'ye düşmüştür.

Sıtma : İlaçla korumanın yaygın olarak kullanıldığı hastalıklardan biri de sıtmadır. Bu amaçla haftada bir chloroquine 300 mgr. veya primethamine 25 mgr. veya primaquine 45 mgr. kullanılır.

Menengokoksik Menenjit : Hastalar ile, aile bireyleri gibi, hast. ile yakın teması olanlar penicillin veya sulfadiazin ile korunur.

Veba : Hasta ile temas edenler 6 gün günde 1 gr. tetrecycline veya 2 - 3 gr. sulfadiazine verilerek korunur.

Grip : Salgınlarda günde 2 defa 100 mgr. amantidine hydrochloride kullanılmaktadır. İlaçla koruma aşılama kadar etkindir.

Tüberküloz : Tüberkülin müsbet ve tüberküloz semptomları olmayan çocukları tüberkülozun ağır şekillerinden korumak için 1 yıl günde kilo maşına 4 - 6 mgr. isoniazide (INAH) vererek iyi sonuçlar alınmıştır.

Nüküs ve İhtilatlardan Koruma : Kızamık ve boğmacaya yakalanan beslenme yetersizliği olan ve iyi bakılmayan çocuklarda pnömoni ve bronkopnömoni ihtilatı sık görülür. Bu hastalıklara yakalanan çocukların komplikasyon görülünce hekime getirilmeme olasılığı varsa benzathine penicillin ile koruma yerindedir.

Mafsal ve kalp romatizması geçiren çocukları nüküslerden korumak için penicillin başarı ile kullanılmaktadır.

Cerrahî Müdahaleler : Bağırsak ameliyatlarından önce bağırsak florasını kontrol etmek, akciğer ameliyatlarında infeksiyonun vücuda yayılmasını kontrol için antibakteriyel maddeler kullanılmaktadır.

İlaçla Korumanın Sakıncaları :

Antibakteriel ilaçlar korumada yararlı olmakla beraber bu uygulamaların sakıncaları da vardır. Bu sakıncalar iki gruba ayrılabilir.

Tıbbî sakıncalar : Bunlar antibakteriel ilacı alan kişilerde görülen allerjik ve toksik reaksiyonlar, avitaminoz halleri ve superinfeksiyonlardır. Anafilaktoid şok, angionörotik ödem, ürtiker, dermatit, maküler veya makülopapular ekzantemler, serum hastalığı da görülmekte olan allerjik reaksiyonlardandır. Toksik tesirlerin en önemlisi hematopoetik organlar üzerine olan tesirler sonucu başgösteren aplastik anemi, granulositopeni ve trombasitopenidir. B kompleksi yetmezliği gibi avitaminozlarda bağırsak bakterilerini etkileyen antibakteriel ilaçlar uzun zaman kullanılırsa görülür. Superinfeksiyonlar özellikle geniş spektrumlu antibakteriel ilaçların uygulandığı kişilerde görülür. Bunlar arasında önemli olan stafilokok enterokoliti ile bağırsak, deri ve akciğer monilyazıdır.

Epidemiyolojik sakıncalar : En önemli epidemiyolojik sakınca antibakteriel ilaçların geniş ölçüde kullanılmasının bu ilaçlara dirençli suşları sahneye hâkim kılmaya sebep olmasıdır. Harp içinde streptokoksik

infeksiyonlardan korumada başarı ile kullanılan sulfamidlerden zamanımızda iyi sonuç alınmamasının nedeni budur. Diğer antibakteriel ilaçların uygulanmasının yarattığı tehlike de bu ilaçlara mukavim stafilokok suşlarının çoğalmasıdır. Bu sebeple antibiotiklere dirençli stafilokok suşlarının sebep olduğu infeksiyonların tedavisi ve hastane salgınlarının önlenmesi önemli bir sorun olmuştur.

Sonuç olarak denilebilir ki, aşılar ile sağlanan sürekli koruma ile kemoprofilaksi sonuçları karşılaştırılırsa kemoprofilaksinin etkisinin kısa oluşu ve aynı zamanda pahalıya malolması da bu yöntemin sakıncalarındandır. Genel olarak denebilir ki, kemoprofilaksi aşı gibi geniş ölçüde ve her zaman tatbik edilecek bir yöntem değildir. Aşının etkili olduğu hastalıklarda daima aşı üstün tutulmalıdır. Bununla beraber başka yol ile kontrolü mümkün olmayan enfeksiyonların yayılmasını önlemek, hasta ile temas ederek enfeksiyon almış olması muhtemel olan bir kişiyi korumak, romatizma gibi hayat için tehlikeli olan hastalıkların nüksetmesini önlemek için bu yönteme başvurmak yerinde bir harekettir.

XIV. KİŞİSEL HİJYEN

Beden hareketleri, yorgunluk, dinlenme, giyim eşyası ve temizlik gibi faktörler de kişinin sağlığını ve verimini etkiler.

Beden Hareketleri : Eski Yunanlılar sağlığın korunması için beden hareketlerine çok önem vermişlerdir. Kuvvetli bir kimsenin hastalıklara karşı da direncinin fazla olacağı hususunda inanç her kültürde vardır. Beden hareketlerinin hayat süresine veya enfeksiyon hastalıklarına karşı direnç üzerine direkt etkisi şüpheli ise de sağlığın korunması ve iş veriminin azalmamasında rolü olduğu kesindir. Sağlıklı olmak için beden işçilerinin ayrıca beden hareketi yapmağa ihtiyaçları yoksa da öğrenciler, büro işçileri ve oturarak çalışanlar her gün 5 - 10 dakika olsa da beden hareketi yapmak zorundadırlar.

Beden hareketlerinin çeşitli etkileri arasında metabolizma olaylarını hızlandırması, kan dolaşımında kalbin yükünü azaltması, kan yapımını ayarlaması, nöromusküler koordinasyonu geliştirmesi, uykuyu düzeltmesi, iş verimini arttırması özellikle belirtilecek hususlardır.

Yorgunluk : Yorgunluğun sağlık ve özellikle iş verimi üzerinde olumsuz etkisi vardır. Yorgunlukta ve yorgunluğun sebep olduğu bitkinlik halinde dokularda laktik asit ve karbonik asit artması, diğer metabolizma artıklarının birikmesi, alkaliliğin azalması nedeni ile bazı hücresel maddelerin aktivitelerini kaybetmesi yanında hücre için gerekli bazı besin maddelerinin tükenmesinin de rolü vardır. Çok şiddetli olmayan yorgunluklar sağlıklı ve yeterince beden hareketi yapan kimselerde sağlığa zararlı değildir. Ancak peşpeşe gelen şiddetli yorgunluk halleri sağlığı bozabilir.

Genel yorgunluk yanında göz, kulak, ve kafa yorgunluğunun da iş verimi ve sağlık üzerinde olumsuz etkisi vardır.

Dinlenme: Dinlenme iş veriminin düşmemesi için özellikle önemlidir. İşyerlerinde yapılan araştırmalarda gece iyi uyumayan bir işçinin dikkatinin azaldığı, iş veriminin düştüğü saptanmıştır. Yatmak, uyumak, iş ve çalışma konusunu değiştirmek, hafta sonu ve yaz tatilleri gibi çeşitli yollarla dinlenmek sağlığın korunması ve iş veriminin artmasında olumlu etki yapar.

Temizlik ve Banyo: Diş temizliğinin, diş çürüklerinin önlenmesinde, el temizliğinin bazı enfeksiyon hastalıklarının yayılmasını önlemede, deri temizliğinin deri solunumunun artmasında ve deri infeksiyonlarının önlenmesinde; banyonun kişiyi dinlendirme ve stimüle etmede rolleri vardır.

Giyim Eşyası: İnsan vücudu diğer hayvanlardan farklı olarak soğuğa ve diğer iklim şartlarına karşı korunmamıştır. Bu nedenle insan giyinerek kendisini korumak ve elbisesi ile vücudu arasında kendisi için daha elverişli bir mikro - iklim yaratmak zorundadır. Çamaşır, elbse, ayakkabı gibi giyim eşyalarında sağlık bakımından aranacak nitelikler şunlardır:

* Vücuttan fazla ısı kaybını önlemelidir.
* Sıcak bölgelerde vücudu dış ısının etkisinden, yakıcı güneş ışınlarından korumalıdır.
* Toz, toprak gibi kirlerden, yağmur ve kar gibi dış etkenlerden vücudu korumalıdır.
* Deri solunumuna ve ter buharlarının dışarı çıkmasına engel olmamalıdır.
* Büyümeye ve serbest harekete engel olmamalıdır. Bu bilhassa ayakkabılar için önemli koşuldur.
* Deriyi tahriş etmemelidir. Kumaş boyalarının zararlı olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.
* Ucuz ve dayanıklı olmalıdır.

XV. SAĞLIK EĞİTİMİ

Eğitimin Tanımı :

Eğitim denince hatıra ilk önce «Okul» gelir. Büyük çoğunluk geleneksel olarak eğitimi okul işi sayar, eğitim üzerindeki çabaları okullarımızın geliştirilmesi olarak anlar. Aynı kimseler, sırası gelince - belki de anlamı üzerinde durmadan «Hayat en büyük okuldur» özdeyişini kullanırlar. Buna karşılık hayat okulunun verimini arttırma çabalarına katılma bir yana, bu tutumun karşısına çıkarlar.

Eğitim konusunda yapılan diğer bir hata da öğretim ile eğitim arasındaki farkın anlaşılmamasıdır. Herhangi bir kimseye bilmediği bir bilgiyi aktarabilirsiniz. O, bunu öğrenir, sorarsanız size bunu tekrarlar ve bildiğini gösterir. Örneğin; sigaranın akciğer kanseri yaptığını söylersiniz. Bunu kişiler öğrenirler. Bu süreç, öğretim ve öğrenimdir. Öğretimde, öğrenenin kendisine aktarılan bilginin - doğruluğuna inanması veya inanmaması, onu uygulaması veya uygulamaması, hattâ o bilgiye muhtaç olması veya olmaması bahis konusu değildir. Eğitimin öğretimden farkı eğitimin amacının öğretilen fikrin benimsetilmesi, bilginin uygulanmasının sağlanmasıdır. Uygulanmayan bilginin kimseye faydası yoktur. Büyük şair Şeyh Sadi yüzyıllarca önce «Kafasındaki bilgiyi uygulamayan, sırtında kitap taşıyan bir eşekten farksızdır» demiştir. Toplumun ve kişinin muhtaç olduğu eğitimdir. Bu nedenle öğretim aşamasında kalan çabalar kayıp olmuş emeklerdir.

Öğretim ve eğitim ile ilgili bir diğer hata da öğretim ve eğitimin bir amaç sayılmasıdır. Eğitim amaç değil, toplum ve kişiyi geliştirmek için kullanılacak bir araçtır.

Yukarıda belirttiğimiz bu üç noktayı gözönüne alarak eğitimi yeniden - inşacı (reconstructionist) bir görüşle şöyle tanımlayabiliriz :

«Eğitim, daha ileri ve varlıklı bir toplumu desteklemek amacı ile yeni fikir, bilgi ve becerilerin kazandırılması, benimsetilmesi ve uygulatılması için okul içinde ve dışarıda, belirli bir plan ve program çerçevesinde bilinçli olarak, yürüttülen çalışmaların tümüdür.»

Eğitim ile inkültürasyonu da birbirlerine karıştırmamak gerekir. İnsan hayatta duyduğu, gördüğü ve yaptığı herşeyden birşeyler öğrenir. Öğrenim bilinçli değilse, yani kişi bunu birşey öğrenmek için erekli bir hareket sonunda öğrenmemiş veya öğrenim kişiye bir şey öğretmek için yapılan bir hareketin sonucu değilse bu eğitim değil inkültrasyondur.

Eğitim çalışmalarını yukarıdaki tanimda da belirlendiği gibi okulda yapılan örgün eğitim ve okul dışı yaygın eğitim olarak ikiye ayırırız. Yaygın eğitime yetişkin eğitimi veya halk eğitimi (Adult education) de denir. Yaygın eğitim bir meslek kazandırmak veya okuma - yazma öğretmek amacı ile yapıldığı gibi temel eğitim ve sağlık eğitiminde olduğu gibi daha iyi bir yaşam için davranış değiştirmek için de yapılır.

UNESCO 1945 yılında temel eğitimi (basic education), «Temel eğitim, halka kendi sorunlarını ve bu sorunların çözüm yollarını buldurmak, toplumun değer hükümlerini ve davranışlarını yaşadıkları toplumu daha yüksek bir düzeye çıkarmak için çaba sarfedecek biçimde değiştirmek, kişilere insanlık ve vatandaşlık hak, özgürlük ve ödevlerini öğretmek ve benimsetmektir» diye tanımlamıştır.

Sağlık eğitimine gelince; sağlık eğitimi esas olarak bir halk eğitimi konusu olmakla beraber okul içinde başlaması gerektiğinden kısmen de örgün eğitimdir. Sağlık eğitiminin amacı sağlıklı yaşam için kişilere sağlıklarını korumalarını, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış kazandırmaktır. Sağlık eğitim felsefesi yeniden - inşacı bir felsefe olmak zorundadır. Çünkü toplumun bilimsel hiçbir temele dayanmayan ve sağlık için zararlı olan davranış ve inançlarını olumlu bir yönde değiştirmeyi amaçlamaktadır.

Sağlık Eğitim Yöntem ve Araçları :

Eğitim, yöntem bakımından bire - bir (one to one) veya grup halinde yüzyüze eğitim, ve televizyon, radyo, gazete, afiş, broşür ve ki-

tap gibi kitle haberleşme araçları ile eğitim olarak iki gruba ayrılır. Genel eğitim düzeyinin yüksek olduğu gelişmiş ülkelerde kitle eğitim araçlarının kullanılması etkili bir yoldur. Bu ülkelerde yüzyüze eğitimin bazı özel durumlarda yapılması yeterlidir. Sağlık eğitim teknolojisini gelişmiş ülkelerden öğrenen az gelişmiş ülke yöneticileri, çoğunlukla, kendi ülkelerinde de aynı şekilde hareket etme eğilimindedir. Gözden kaçan nokta kazandırılmak istenen davranışın, az gelişmiş ülkelerin kendi kültürlerine —bir başka deyimle, halkın bilgisine, değer hükümlerine, alışkanlıklarına, inançlarına ve geleneklerine— uymadığıdır. Bu nedenle az gelişmiş ülkelerde sağlık eğitimi —gelişmiş ülkelerde olduğu gibi— sadece kişiye bilgi verme ve kişinin davranışını değiştirme değildir, bir toplumun kültürünü değiştirme sürecidir. Bu nedenle sağlık eğitim çalışmalarının halkta konuyu öğrenme ve uygulama isteği yaratma ile başlaması, uygulama olanaklarının sağlanmış olması, eğitimde ağırlığın yüzyüze eğitime verilmesi, yüzyüze eğitimin halkın tanıdığı, değer verdiği ve inandığı kişiler tarafından yapılması, sürekli olması, toplumda çocuklardan yaşlılara kadar herkesi hedef alması ve uygulama yaptırılması zorunludur.

Eğitim yöntemleri konusunda, uygulamanın önemini vurgulamak için her eğiticiye rehber olacak aşağıdaki Çin atasözünü de hatırlatmak gerekir:

Duyarsam unuturum,

Görürsem hatırlayabilirim,

Yaparsam öğrenirim.

Sağlık eğitiminde kitle haberleşme araçlarından yüzyüze eğitimi tamamlamak ve desteklemek amacı ile yararlanılmalıdır.

Eğitim planlama ve uygulamasında, gelişmiş ve az gelişmiş her ülkede sık rastgelinen bir yanlış davranış da yöneticilerin örgün eğitim ile yetişkin eğitimi arasındaki farkı bilmemeleridir. Yetişkin eğitiminin, oku'da yapılan eğitimden farkı; yetişkinlerin öğrenmelerinin tümü ile kendi isteklerine bağlı olması, öğrenmek istedikleri konuyu kendilerinin seçmesidir. Örgün eğitimde öğrenci, istese de istemese de, öğretmenin söylediğini öğrenme ve hattâ uygular görünme zorundadır. Halkın böyle bir zorunluğu yoktur. Yetişkinler ilgilendikleri şeyleri öğrenirler. Bir konu ile ilgilenmiyorlar veya kendi yaptıklarının doğru olduğuna inanıyorlarsa söylenenleri yapmak değil, dinlemezler bile. Bu

nedenle planlama ve uygulamada unutulmaması gereken husus: Okulda öğrencinin verilen dersleri öğrenmesi kendi sorunu, yetişkin eğitiminde ise halkın değer hükümlerini ve davranışını değiştirmek eğiticinin sorunu olduğudur. Örneğin: Bir anne çocuğunu iki yaşına kadar emzirmenin gerektiğine inanıyor, buna karşın hekim veya ebe bu uygulamayı annenin ve çocuğun sağlığı için zararlı buluyorsa bu anneyi eğitmek halkın sağlık düzeyini yükseltmek isteyen hekimin, ebenin sorunudur.

Uygulamalarda ortaya çıkan bir zorluk da, sağlık düzeyini yükseltmekle görevli hekim ve ebenin kişisel amaç ve beklentileri ile örgütün amacı arasındaki çelişkidir. Hekim veya ebe örgütün amacına göre değil de kendi amaç ve beklentileri yönünde çalışma yoluna giderse o zaman halkın sağlık konusunda eğitimi sorunu ortada ve sahipsiz kalır.

Sağlık eğitim yöntemlerinden bahsederken kanunların koyduğu cezaları uygulayarak davranış değişikliği sağlamak üzerinde durmak gerekir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, bugün halkı eğiterek sağlamayı düşündüğümüz birçok şeyin nasıl yapılacağını saptamış ve yasaklara aykırı hareket edenlere ceza verilmesi olanağı sağlamıştır. Sonuç ortadadır: Halkın davranışında, değişme olmamıştır. Çünkü halkın büyük çoğunluğunun uymadığı ve kanunu uygulama ile görevli olanların gereğine inanmadığı yasaklar uygulanamaz ve zamanla unutulur. Halkımız bu gerçeği «Hükümet yasağı 15 gün sürer» diye değerlendirmiştir. Cezanın etkisizliğini söylemek gereksizliğini savunmak anlamına alınmamalıdır. Ceza ustalıkla yararlandığı takdirde eğitimi destekleyebilir. Olağanüstü durumlarda da, örneğin önemli salgınlarda, ceza verilme yoluna başvurmak da gerekebilir. Ancak ceza vererek davranışa yön vermenin toplumsal tepki yaratarak zararlı olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin: Bir köyde bütün aptesthaneler üstü açık çukur ise, tüm köylüleri mahkemeye verip mahkûm ettirmek ile aptesthaneler kapanmaz, halk ile işbirliği olasılığı ortadan kalkar.

Sağlık Eğitiminde Başarının Temel Koşulları:

Süreklilik: Amaçsız, plansız ve zaman zaman yapılan eğitim uygulamaları ile davranış değiştirilemez. Hedef olan kişilerin sürekli olarak eğitim baskısı altında tutulması başarının koşullarındandır. Eğitimde sürekliliğin önemini vurgulamak için toplumda eğitim sürecinin gelişme mekanizmasını hatırlamak gerekir. Bir topluma yeni bir düşünce ve

uygulama sokulduğunda önce önder tipi kişiler bunu deneme amacı ile uygular. Bu ilk uygulamayı sağlamak eğiticinin ilk başarısıdır. Bu nedenle eğitimde ilk aşamada kitle değil önder tipi kişiler hedef olarak alınmalıdır. Halkın büyük çoğunluğu önder tipi kişilerin uygulamasını gözlerler ve yarar - zarar yönünden değerlendirirler. Olumlu kanıya varanlar zamanla uygulamaya katılırlar. Katılma süresi de kişinin özelliğine bağlıdır. Belli bir zaman süresinde toplumda eğitim sonucu davranış değiştiren kişi sayısının zaman boyutuna karşı grafiği çizilirse çan eğrisi çıkar. Bu eğrinin bir ucunda «Önderler» diğer ucunda «Sert ceviz» ler vardır. Sert cevizler her toplumda vardır, egitilemezler ve toplumda diğer kişilere yapılan eğitimi etkisiz bırakmak için çaba harcarlar.

Uygulanabilirlik: Bir okulda öğrenciye öğretilen bir konu o öğrencinin, istese bile uygulayamayacağı, hattâ uygulanması gereken birşey olmayabilir. Sağlık eğitiminde ise öğretilen şeyin uygulanabilir olması şarttır. Uygulama olanağı olmayan bir konuda, eğitim, anlamsız olması bir yana halkı ilgilendirmez ve beklenen sonucu veremez. Kişiler duyarak değil uygulayarak yeni davranışlar kazanır. Örneğin; çocukların aşılanması için sağlık örgütü olmayan bir yerde ana - babaya çocuklarını aşılatma eğitimi sonuç vermez. Ancak bu hizmeti elde edebilmeleri için hükümete baskı yapmaları amacı ile temel eğitim yapılabilir.

Toplumda Herkesi Kapsama Zorunluğu: Belli bir konuda yapılan sağlık eğitiminin başarılı olması için, toplumda herkesin eğitilmesi gerekir. Örneğin; çocuk beslenmesinde genç anne kadar, büyükannenin eğitilmesine de önem verilmelidir. Okulda diş temizliği konusunda yapılan eğitimi desteklemek ve olanak sağlamak için aileyi hedef alan eğitim yapılmaz ise eğitim beklenen başarıya ulaşamaz. Örnekler istendiği kadar arttırılabilir. Özet olarak denebilir ki sağlık eğitim programları okulda, ailede ve toplumda aynı zamanda birbirini tamamlayacak şekilde yürütülmelidir.

Okullarda sağlık eğitimi çok önemlidir. Çocuklara doğru davranış kazandırabilme yetişkinlerin davranışını değiştirmekten daha kolaydır. Bu nedenle sağlık örgütü okullarda sağlık eğitimine çok önem vermelidir. Ancak bu eğitimin başarısı için, en azından yaşlı kuşağın da çocuğa olumsuz etki yapmamasını sağlayacak şekilde eğitilmesi gerekir. Bu sağlanırsa bir iki kuşak sonra eğitimin amacına varması sağlanmış olur.

Sağlık Eğitiminde Tüm Sağlık Personelinin Görev Alma Zorunluğu :

Bazı ülkelerde sağlık eğitim hizmetleri belirli bir örgütün görevi sayılır. Bu yanlış bir yaklaşımdır. Doğru olan Sağlık Eğitimini halka sağlık hizmeti yapan tüm sağlık personelinin en önemli görevi olarak ele almak ve uygulamaktır. Sağlık eğitimcilerinin ve sağlık eğitim örgütünün görevi ise eğitim araç ve gereçlerini hazırlamak, sağlık personeline eğitim tekniğini öğretmek ve kitle haberleşme araçları ile eğitim yaparak halkla temasta olan personelin hizmetlerini desteklemektir.

Eğiticinin Niteliği : Sağlık alanında eğitimde en etkili yöntem grup halinde veya kişisel yüzyüze eğitim olduğunu belirtmiştik. Yüz-yüze eğitimde de başarının temel koşulu eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı olması için eğiticide aşağıdaki nitelikler bulunmalıdır :

* Eğitici halkın tanıdığı ve inandığı bir kişi olmalıdır.
* Eğitici halka, sağlık eğitimi yanında, halkın istediği bir hizmeti götüren kişi olmalıdır.
* İletişimi kolaylaştırmak için eğitici ile eğittiği kişilerin kültür düzeyleri, olanak çerçevesinde, birbirine yakın olmalıdır.
* Eğitici, eğitim yaptığı konunun gereğine kendisi de inanmış olmalıdır.
* Eğitici, eğitim yaptığı kişilerin kültürünü sorunlarını, beklentilerini çok iyi bilmelidir.
* Eğitici, eğittiği kişilere saygılı olmalı ve onları incitecek, küçük düşürecek davranışlardan kaçınmalıdır.

ÜÇÜNCÜ KİTAP

SAĞLIK YÖNETİMİ

XVI. KAMU YÖNETİMİ İLKELERİ

Tanım :

Uygulamalar bakımından kültüre bağımlı olan kamu yönetimi, yöntem açısından evrensel bir bilimdir ve şöyle tanımlanır :

> «Yönetim, eş amaçlı kişilerin yer aldıkları bir örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için yaptığı eylemlerden oluşan bir süreçtir».

Yönetimin Doğuşu :

Yönetim sürecinin temelinde yatan olgu «İş Bölümü» dür. İş bölümünün en basit örneği aile içinde ve toplumda kadın ve erkek arasındaki iş bölümüdür. Çeşitli kültürlerde işler «Kadın İşi» ve «Erkek İşi» olarak belirlenmiştir. Bir diğer tarihsel örnek köleci toplumlarda egemen sınıf ile köleler arasındaki iş bölümüdür. Daha gelişmiş toplumlarda da işlerin kafa işçiliği ve kol işçiliği olarak bölündüğü görülmektedir. 18 inci yüzyıldan bu yana teknolojik gelişme mal ve hizmet üretimini bireysel bir çaba olmaktan çıkararak toplumsal karmaşık bir süreç haline getirmiştir. Karmaşıklaşan üretimin gerektirdiği çeşitli işlerin o alanda uzmanlaşmış kişilere yaptırılması zorunluğunun doğması da, iş bölümünün, önceden hazırlanmış ve en küçük ayrıntılarının bile gösterildiği bir plan çerçevesinde gerçekleştirilen bir süreç, bir uygulama olması sonucunu doğurmuştur.

İşin bölündüğü her yerde toplumsal bir örgüt oluşur. Bir örgütün kurulması ve işleyişinin doğal sonucu da bir «Otorite» nin ve «Hiyerarşi» nin oluşmasıdır. Otoriteyi «emir verme hakkı ve itaat ettirme gücü» di-

ye tanımlayanlar varsa da «yöneten ile yönetilen arasındaki özgül bir ilişki» diye tanımlama daha çağdaş bir görüşü yansıtır. Bu özgül ilişki, üretimi yapan ekipteki bireylerin kollektif kararı olabileceği gibi, ekibi yönetenin yönetilenlere yapacakları işleri dağıtması ve yaptırması diye de anlaşılabilir.

Hiyerarşiye gelince, hiyerarşi «Kademeleşmiş otorite» olarak tanımlanabilir. Bu kademeleşme ast olan kişinin daha üst bir makamın yapısal denetim ve gözetiminde bulunmasını gerektirir.

İş bölümü, otorite ve hiyerarşinin devlet yönetimine yansıyan biçimi bürokrasidir. Bürokrasi «Devlet Yönetim Biçimi» diye tanımlanabilir. Bu terim ilk kez 1745 yılında fizyokrat bir iktisatçı olan V. de Gournay tarafından büroların artan egemenliğini vurgulamak için kullanılmıştır. Devlet hizmetlerinin yürütülüşünün toplumsal öneminden dolayı Weber, Marx, Rizi, Burnham, Mills ve Galbraith gibi yazarlar bu konuyu incelemişler ve görüşlerini belirtmişlerdir.

Yönetimin Ögeleri :

Kamu yönetiminin ögeleri örgütlenme (organization) personel - alma (staffing), bütçe (budgeting), planlama (planning), yönlendirme (direction), eşgüdüm (coordination) ve denetim (reporting) dir.

Planlama, kaynak kullanımının, önceden belirlenmiş amaç ve öncelikler doğrultusunda denetim altına alınması ve amaçlara uygun biçimde ve tek elden kullanılması olayıdır. Bir belge olarak «plan», hem etkinliği çoklaştırır, hem de uygulama sonuçlarının izlenmesine yarayan bir kıstas olarak geleceğe dönük çalışmalarda gerekli düzenlemelerin, düzeltmelerin yapılmasına olanak sağlar.

Örgütlenme, belli bir işin görülmesi için ayrılmış olan kaynakların karşılıklı ilişkileri belirlenerek ve belli bir yönetim yapısı içinde sistemli biçimde yer almalarıdır. Bu olgu, otoritenin katmanlaşması anlamına da gelen hiyerarşi, ast - üst ilişkilerini de beraberinde getirir. Bir başka deyişle, örgütlenme bir kuruluşun amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için, o kuruluşu oluşturan tüm unsurların karşılıklı ilişkilerinin ve kendi paylarına düşen işlevlerinin kesin, açık biçimde saptanması olayıdır.

Personel - alma, belli bir örgütün yöneldiği amaçları gerçekleştirebilmesi için, belli işleri görecek bilgi ve becerilere sahip kişilerin, önce-

den tanımlanmış görevlere, yerleştirilmeleri gerekir. Anlaşılacağı gibi, burada önemli olan, görülecek işin niteliğiyle o işi görecek kişilerin bilgi, beceri ve yatkınlıkları arasında uyum sağlanmasıdır.

Bütçe : Kamu örgütünün her çeşit harcamalarının tahmini, bütçenin hazırlanması, kabulü, sarfı ve denetimi işlevlerini kapsar.

Yönlendirme, bir kuruluşta çalışanların o kuruluşun amaçlarını gerçekleştirmeleri için sevkedilmeleri olayıdır. Bunun etkili olabilmesi ise, her şeyden önce, (1) örgütün amaçlarının açık - seçik olarak belirlenmesi, (2) görevlerle kişiler arasında tam bir uyum sağlanması gerekir.

Yönetimn en önemli iki ögesi de; **Eşgüdüm** ve **Denetim**'dir. Eşgüdüm, bir kuruluşun değişik kesimlerinin uyumlu biçimde sağlanmasına yönelik, hizmet tekrarlarını ortadan kaldırarak etkinliği azamiye çıkaran bir çabadır. Hem kuruluşun kendi içinde, hem kuruluşun başka kuruluşlarla ilişkilerinin uyumlu biçimde ve amaca dönük olarak gerçekleşebilmesi bakımından eşgüdüm belirleyici önem kazanmaktadır. Denetim ise, uygulamanın izlenerek gerekli düzenleme ve düzeltmelerin yapılabilmesi bakımından örgütsel hayatın en zorunlu unsurlarından biridir. Bu açıdan bakıldığında, denetim, yönetimin öteki tüm unsurlarını bütünleştiren, pekleştiren bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık yönetiminin yedi ögesinden örgütlenme, insan gücü ve finansnedeni ile personel - alma yerine insan gücü geliştirme (manpower development), bütçe yerine finansman (financing) terimlerini ve denetimi de (supervision) anlamında kullanmak doğru olur.

Sağlık yönetimin yedi ögesinden örgütlenme, insan gücü ve finansman sağlık hizmetleri yönünden ayrıcalık gösterdiği için bu konular XVII - XIX. bölümlerde ayrı olarak sunulacaktır. Bir örgütün yönetiminin diğer 4 önemli ögesi aşağıda özet olarak sunulmuştur. Bir örgütün verimli ve etkili biçimde çalışması üst hiyerarşik düzeyde olanların bu işlevleri yürütmedeki başarılarına bağlıdır.

PLANLAMA

Her ülkede ve özellikle az gelişmiş ülkelerde elde varolan kaynakların en verimli ve etkili şekilde kullanılması yönetimin büyük sorunlarından biridir. Bu da ancak hizmetin yürütülmesi ve geliştirilmesi için bir plan hazırlamak ve bunu başarı ile uygulamak ile mümkündür. Bir

plan hazırlanırken toplumsal olguların çeşitli ögelerin etkisi altında olduğu ve tek bir sorunu —örneğin, yalnız sağlık sorununu— çözmeğe yönelik bir plan ile beklenen sonuca ulaşılamayacağı bilinmelidir. Bu nedenle plan tekniğini bilenler bir sektör için değil tüm sektörler için birbirini tamamlayan plan yaparlar. Örneğin; Dr. Behçet Uz'un bakanlığı döneminde yapıldığı gibi bir sağlık planı değil 1962 yılında TBMM nin kabul ettiği biçimde sosyo - ekonomik kalkınma planının bir parçası olarak sağlık planı yapılır.

Genellikle planlamanın ülke veya bölge düzeyinde yapılacağı düşünülür. Aslında en küçük birimdeki yöneticiden en üst kademedeki yöneticiye kadar herkesin plan yapmayı, uygulamayı ve değerlendirmeyi bilmesi ve bilgisini kullanması gerekir. Bu nedenle «Planlama yönetimin kutsal kitabıdır» sözü bir belit olmuştur.

Planın Yapılması :

Bir planın yapılabilmesi için yöneticinin önce **«Planın Hedefini Saptama»** sı gerekir. Hedef Türkiye'de kırsal bölgede sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olabileceği gibi, bir sağlık ocağı bölgesinde pnömoni ölümlerinin önlenmesi de olabilir.

Bir plan yapabilmek için yöneticinin sorunları gereksinmeleri ve olanakları bilmesi gerekir. Bu nedenle plan çalışmaları daima **«Durumun Saptanması»** ile başlar.

Durum ve amaç saptanmasından sonraki aşama **«Politik ve Teknik Kararlar»** aşamasıdır. Bu aşamada başarı, yöneticinin meslekî ve teknik bilgisine ve politik organların anlayış derecesine bağlıdır. Politik kararlar, genellikle, yeni bir hizmet başlatılırken bahis konusudur. Örneğın ülkemizde 1961 - 62 yıllarında sağlık hizmetleri planlanırken hizmetin devlet bütçesinden finanse edilmesi, halkın hastane hizmeti ve sağlık ocağında muayene için para ödememesi, hayat kurtarıcı sayılmayan ilaçlar için para ödemesi gibi politik ilke kararları alınmıştı.

Teknik kararlara gelince bu çoğunlukla örgütlenme, insan gücü ve finansman ile ilgili kriterler, hedefler ve önlemler konusunda alınan kararlardır. Kriterler örgütün ve personelin sayı, nitelik, görev, araç ve gereç gereksinmeleri ile ilgili olur. Örneğin bir sağlık ocağına ait kriterler, ocağın hangi hizmetleri yapacağı, kaç kişiye ve nasıl hizmet ve-

receği, kimlerin ocakta çalışacağı, bunların görevlerinin ne olacağı, ocakta bulunacak araç ve gereçler ve ocağın bütçesi gibi hususlara ait bilgilerdir. Hedeflere gelince, bunlar ne zaman ve nerede, kaç tane birim açılacağını ve saptanan kriterlere ne zaman ulaşılacağını belirleyen kararlardır.

Politik ve teknik kararlardan sonra «**Planın Hazırlanması**» aşaması gelir. Bu aşamada yönetici, kriter ve hedef kararlarının, saptadığı zaman süresinde gerçekleştirilebilecek nitelik ve ölçüde olmasından sorumludur. Bazı durumlarda ve kısa zamanda sonuç alma zorunluğu yoksa planda öngörülen modeller kılavuz bölgelerde uygulanarak planın gerçekciliği ve uygulanabilirliğinin önceden denenmesi doğru bir yaklaşımdır.

Plan hazırlanmasındaki önemli işlemlerden biri de uygulama için alınması gereken önlemlerin saptanmasıdır. Planların başarı ile uygulanamayışında gerekli önlemlerin saptanmayışı veya uygulanmayışının rolü vardır.

«**Planın uygulanması**» aşamasında her yöneticinin ve örgütlerde çalışan herkesin planı benimsemesi, planın başarıya ulaşması için öngörülen tüm önlemlerin uygulanması ve herkesin kendine düşen görevi bütün gücü ile yapması gerekir. Aksi taktirde planın uygulanması başarısız olur. Örneğin, ülkemizde sağlık planında örgütlenme modeli olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun ön gördüğü model alınmıştır. Ancak bu örgütün çalışması için öngörülen önlemlerden örgütlerin insan gücü gerekşinmesinin karşılanması, hekimlerin ve ebelerin toplum hekimliği çalışmalarını yürütecek biçimde yetiştirilmesi, sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulması gibi önlemler uygulanamamış ve bu nedenle planın uygulanması başarısız olmuştur.

Uygulamanın önemli kurallarından biri de «**Uygulamaların Sürekli İzlenmesi**» ve görülen aksaklıkların en kısa zamanda giderilmesidir. Bu işlev, özellikle, kılavuz uygulama yapılmamış planlar için daha çok önemlidir.

Planın Değerlendirilmesi: Plan uygulamalarının sürekli izlenmesi yanında yapılan işlerin periodik olarak değerlendirilmesi ve varılan sonuçlara göre planda gereken değişikliklerin yapılması gerekir. Bu son iki işlemin önemini vurgulamak için «Plan, Yaşayan Bir Varlıktır» beliti kullanılır.

YÖNLENDİRME

Yönlendirme (direction), üretimde kullanılacak kaynakların örgütün amacına uygun olarak, en etkin biçimde kullanılma çabasıdır. Bunun sadece emir vermek, bildirge ve yönerge yayınlamak ile sağlanamayacağını bilmek gerekir. Yönlendirmenin temelinde üretim ekibi üyelerinin yeteneklerini örgütün amacını sağlamak için seferber etmelerini sağlamak yatar. Bu bürokrasinin en güç işlevidir. Çünkü, çoğu zaman ekip üyelerinin kişisel amaçları ile örgütün amaçları aynı olmaz. Bir sağlık ocağı hekiminin amacı, koruyucu hekimlik hizmetlerini en yüksek düzeyde sürdürmek değil, bir an önce asistanlık sınavına girip başarmak olabilir. Bir Sağlık Bakanının amacı da Bakanlık sandalyesinde uzun zaman oturabilmek olabilir. İyi bir yönetici, örgütün amacını hizmeti üretenlere benimsetebilendir. Kollektif karar ve değerlendirme bu hususta etkili yollardan biridir. Bilgi verme, özendirme ve örgütün amacına uygun çalışanların ödüllenmesi de yönlendirme için etkili yöntemlerdendir.

Davranışlarını ekibin amacına yönlendirmede çalışma yönergelerinin uygulanabilirliği de önemlidir. Hiç bir kimseye uygulanamayacak bir görev vermemek yönetimin temel kurallarındandır.

EŞGÜDÜM

Karmaşık bir işletmede mal ve hizmet üretimi için iş bölümü ne kadar zorunlu ise üretim ekibi içinde çeşitli işlevleri olan kişiler arasında eşgüdümü sağlamak da o kadar zorunludur. Bu yol ile bölünen işin parçalarının kaynaşması ve bütünleşmesi mümkündür.

Eşgüdümü sağlama görevi, büyük ölçüde, hiyerarşik düzende üst kademede bulunan yöneticinin, ekip önderinin görevidir. Bu çeşitli enstrüman çalan bir orkestranın bir yapıtı başarı ile yorumlamasında orkestra şefinin rolüne benzetilebilir.

Üretim ekibinde eşgüdümü sağlayabilmek için iki ana yöntem vardır. Bu yöntemlerden biri ekibin her üyesine hangi işi ne zaman, nasıl ve kimin ile işbirliği yaparak yürüteceğini gösteren uygulama program ve yönergesi hazırlamak, diğeri ekip üyeleri arasında ve ekip üyeleri ile ekip önderi arasında aksaksız ve sürekli bir haberleşme olanağı sağlamaktır. Bu iki yöntemin başarı ile kullanılmasını sağlamak önce ekip önderlerinin ve sonra da tüm ekip üyelerinin sorumluluğundadır.

DENETİM

Batı dillerinde denetim karşılığı iki sözcük (supervision ve inspection) vardır. Bu iki sözcüğün anlamı amaç ve yöntemleri bakımından farklıdır. İç denetim diyebileceğimiz denetim (supervision) örgüt içinde üst'ün astı örgütün amacına uygun çalışmaya özendirmesi, uygulamada aksama bilgi ve beceri eksikliğinden ileri geliyorsa, onu işbaşında eğitmesi ve destek hizmetleri sağlaması işlevlerini kapsar.

Yönetimin başarısı —özellikle az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin başarısı— denetime bağımlıdır. Fendall bir kitabında «Denetim yeteri kadar anlaşılmamış ve uygulanmamış bir sanattır. Standart eğitim görmemiş personelin başarısızlığının en önemli nedeni yetersiz denetimdir» der. Satterthwaite de Pakistan'da yardımcı sağlık personelinin uterus içi araç takma projesinin başarısızlığa uğramasının nedenini yetersiz denetime bağlar.

Denetim, ilk kez, endüstride uygulanmıştır. Denetim konusunda yapılan araştırmaların çoğu da endüstride yapılmıştır. Denetimin hizmetin verimine etkisini gören yöneticiler bunu diğer alanlarda da uygulama çabasına girmişlerdir. Denetimin başarılı olabilmesi için aşağıdaki koşulların yerine getirilmesi gerekir :

* En iyi denetçi ekibin önderi veya ekipte denetimden sorumlu üsttür. Örneğin, ülkemizde sağlık hizmetlerinde ebeleri en iyi denetleyebilecek olan kişi sağlık ocağı hekimi ve denetçi ebe - hemşiredir.
* Denetçilerin görevlerinin ayrıntılı bir listesi denetilenin ve denetenin elinde bulunmalıdır.
* Denetçi konuyu denetilenden iyi bilmeli ve denetilen denetçiden birşeyler öğrenebileceğine inanmalıdır.
* Denetçi denettiği kişilerle, otoritesini kaybetmeden, dostça ilişki kurabilmelidir. Böyle bir ilişki hizmeti üretmekle görevli kişiye sorunlarını, bilgi ve beceri noksanını denetçiye açma cesaretini verir. Bağıran, azarlayan, kişiyi küçük düşüren bir üst çok bilgili olsa bile iyi denetçi olamaz.
* Denetçi teknik konular yanında denetim yöntemleri konusunda da eğitilmelidir. Denetimde en etkili yaklaşımlar denetilen kişi çalışırken onu gözlemek, aynı işi beraber yapmak, hizmetle ilgili ayrıntılı kayıtları kontrol etmek, aynı

işi yapanların katıldığı tartışmalı toplantılar düzenlemek ve hizmet verilenlerin durumunu ve görüşünü saptamaktır.

Denetimde karşılaşılan güçlükler ve başarısızlık nedenleri ise şunlardır:

* Kırsal bölgede denetçinin hizmet birimlerini gezebilmesi için ulaşım sorununun çözümlenmesi az gelişmiş ülkeler için pahalı ve başarılması güç bir iştir.
* Denetçi durumunda olanların kişilikleri ve denetim tekniği konusunda eğitimleri iyi bir denetçi olmaları için yetersizdir.
* Denetçinin yapmakla yükümlü olduğu diğer işlerin çokluğu denetime yeter zaman ayrılmasına engeldir.

XVII. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖRGÜTLENME

İLKELER

Sağlık hizmetlerini örgütlemede gözönüne alınacak ilkeler bir ülkenin sosyal güvenlik politikasına bağlıdır. Şayet sosyal politika «Gücü Yetenin Sağlık Hizmetini Satın Alması» nı öngörüyor ve herkese tedavi hekimliği hizmeti sunmanın bir kamu hizmeti olmadığı merkezinde ise böyle bir ülkede sağlık hizmetlerini örgütleme diye bir sorun düşünülemez. Bu ülkelerde hekim, sağlık personeli, tesis ve hizmet dağılımı, serbest piyasa ekonomisi kurallarına göre, kendiliğinden oluşur. Zamanımızda böyle bir düzeni özleyenler var ise de hekimliğin en liberal olduğu A.B.D.'de bile bir örgütlenme sorunu ve çabası vardır. Hekimlik hizmetleri arasında koruyucu hekimlik hizmeti zorunlu ve satın alınmayan bir hizmet olduğu için bu hizmetler her ülkede hükümetler tarafından örgütlenen ve finanse edilen hizmetlerdendir.

Aşağıda belirtilen ilkeler Millî Güvenlik Konseyi Hükümetinin programında herkese sağlık hizmeti götürme hükmünün bulunması, 1982 Anayasası ve Devletin halkçılığı ilkeleri gözönüne alınarak saptanmıştır.

Örgütlenme köyde ve kentte herkese gereksindikleri hizmeti götürecek biçimde planlanmalıdır. Bu ilke halkçı bir örgütlemenin temel ilkesidir. Bir örgüt herkese gereksindiği hizmeti götüremiyorsa, o örgüt ve örgütlenme modeli başarısız demektir. Ülkemiz dahil az gelişmiş birçok ülkede köy ve kentlerde ve sosyal tabakalar arasında ölümlülüğün farklı oluşunun nedeni hizmet yoksunluğudur.

Sağlık hizmetleri yukarıdan aşağı değil, aşağıdan yukarıya doğru örgütlenmelidir. Batı ülkelerinde örgütlenme bu kurala uygun gelişmiş-

tir. Geçmişte, hastaneler gelişmeden önce, köy ve mahalle hekimleri taban örgütü oluşturmuşlardır. Bundan sonra hastaneler geliştikçe, hekimler evde tedavi edilemeyecek hastaları hastaneye göndermişler ve böylece örgütün yukarı basamakları gelişmiştir. Batının tıp teknolojisini ithal eden az gelişmiş ülkelerde ise hizmetin geliştirilmesinde bu gerçek genellikle unutulmuş ve örgütlenmede öncelik ve ağırlık üst basamağa, bir başka deyimle hastanelerin kurulmasına verilmiştir.

Her ülke kendi olanaklarını gözönüne alarak kendi modelini geliştirmelidir. Sağlık hizmet modelinin geliştirilmeisinde gözönünde tutulması gereken önemli kurallar şunlardır:

* İnsangücü kaynakları modelin derhal —veya kısa bir zamanda kademeli olarak —uygulanmasına yeterli olmalıdır. Az gelişmiş ülke yöneticilerinin bu kuralı uygulamadıklarının örneği çoktur. Örneğin; Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetlerini geliştirmek için AÇS merkezleri kuran ve bu merkezlerde periodik muayeneleri uzman hekimlere yaptıracak biçimde örgütleyen ülkeler vardır. Az gelişmiş bir ülkede batıdan kopya edilen bu model ile her çocuğa hizmet götürülemez. Ancak birkaç örnek merkez kurulur.

* Örgütün işletme maliyeti ülkenin ekonomik gücünü aşmamalı ve tasarlanan örgüt istenen hizmeti yapacak etkinlikte olmalıdır. Örneğin az gelişmiş ülkelerde evde - ayakta tedavi hizmetini örgütlemeden yüksek tıp teknolojisinin uygulandığı birkaç tıp merkezi kurmakla tüm halka hizmet edilemez.

* Sağlık personelinin hizmet etmek ile yükümlü oldukları kişi sayısı hizmetin etkinliğini ortadan kaldıracak kadar çok olmamalıdır. İnsan gücü sınırlı olan ülkelerde, örgütün bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı çoğu kez sağlık personeli sayısına göre hesaplanır. Örneğin; hekim sayısı az ise 50.000 kişi için tek hekimi olan merkez kurulması planlanır. Bu hatalı bir yaklaşımdır. İnsan gücü yetersiz ise nüfusun kritik oran üzerine çıkarılması yerine kolay yetiştirilebilecek yardımcı sağlık personeli yetiştirilerek bir kısım görevler bu personele devir edilmelidir. Bu yol ile personel/nüfus oranı optimum düzeyde tutulur. Buna örnek olarak Çin Halk Cumhuriyetindeki köylü doktorlar gösterilebilir.

* Örgütün kullanacağı teknoloji ülkenin olanaklarına uymalı ve olanaklar elverdikçe teknoloji geliştirilmelidir. Örneğin çağdaş hekimlik çok gelişmiş bir laboratuvar hizmetine dayanır. Başlangıçta ilk basamak da her yönü ile doyurucu bir laboratuvar hizmeti sunmak olanaksızdır. Ancak bu basamağın da zamanla laboratuvar hizmetlerinden daha fazla yararlanması düşünülmelidir.

* Örgütlenme modeli saptanırken koşulların değişmesine paralel olarak modelin nasıl değişeceği önceden tasarlanmalıdır. Bu yapılmadığı takdirde zamanla örgüt modelinde değişme yapma zorunluğu doğar, ki bu da halkın hizmetten yararlanması ve personelin yeni hizmete uyumunda zorluklara neden olur.

Tedavi hizmetlerinin örgütlenmesinde hastaların ayakta - evde tedavisi ile hasatanede tedayisi bir bütün olarak ele alınmalıdır. Çeşitli ülkelerde yapılan incelemeler hekime başvuran hastaların yüzde 90 - 95 inin ilk basamak kuruluşlarının olanakları ile ayakta ve evde tedavi edilebileceğini göstermektedir. Ancak ilk basamaktaki hekimin meslekî yönden tatmini daha yüksek teknoloji isteyen hastalara da —hastaneler ile işbirliği yaparak— yardımcı olması ile mümkündür. Bu hekimlerin hastaneler ile işbirliği kendilerini tıp dünyası içinde görmelerini de sağlama bakımından yararlıdır.

Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (integre olarak) yürütülmelidir. Çeşitli koruyucu hekimlik hizmetleri ve tedavi hekimliği hizmetlerinin birbirinden ayrı örgütler tarafından yürütülmesi insan gücü kaynaklarının gereksiz yere kullanılmasına ve hizmetlerin maliyetinin yükselmesine neden olur. Her ülke için, özellikle az gelişmiş ülkeler için, bu hizmetleri bir arada ve dar bölgelerde örgütleme kaynakların verimli olarak kullanılması ve maliyetin düşürülmesi için zorunludur. Tüm sağlık hizmetini bir arada örgütlemenin halkın hizmetleri kullanmasını kolaylaştırma ve halka tedavi hizmeti sunanların etkinliğinden yararlanarak koruyucu hekimlik hizmetleri ve özellikle sağlık eğitim hizmetlerini daha başarılı yürütme gibi üstünlükleri de vardır. Bunun yanında ikincil korumanın, teknik bakımdan, tedavi hekimliğinden ayrılmasının olanaksızlığı da hatırlanmalıdır. Integre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaş-

lıların —varsa gebelerin— periodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir. Bu biçim çağdaş örgütlenmenin az gelişmiş ülkeler için daha gerçekçi bir modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörülen sağlık ocaklarındaki ekip hizmetidir.

Sağlık hizmetleri bir ekip hizmeti olarak örgütlenmelidir. Geleneksel hekimlik tek kişinin yaptığı bir hizmet (solo practice) idi. Bu gelenek, muayenehane hekimleri tarafından, özellikle teşhis ve tedavisi güç olmayan hastalıkların tedavisinde, sürdürülmektedir. Ancak tüm sağlık hizmetlerinin bir kişi tarafından yürütülmesinin olanaksızlığı, hekim sayısının gereksinmeyi karşılamaması ve hekim hizmetinin maliyetinin yüksek oluşu gibi nedenler ile yeni hekimlik ve sağlık meslekleri doğmuş ve hekimlerin yapageldikleri hizmetlerin bir kısmı hekim olmayan sağlık personeline aktarılmıştır. Bir yandan hizmet aktarma zorunluğu, bir yandan da karmaşıklaşan teşhis ve tedavi hizmetlerinde özel eğitim görmüş kişilerin gerekli oluşu ekip hizmetinin doğmasına neden olmuştur. Önceleri hekim, eczacı ve hemşire gibi sınırlı sayıda kişilerin oluşturduğu ekipler, hekimlik teknolojisi geliştikçe daha da genişlemiş ve hizmetlerin küçük ekiplerden oluşan büyük ekipler eli ile yürütülmesi zorunluğu doğmuştur. Örneğin bir hastanede hastaların hastalıklarının tanı ve tedavisi görevini yapan, servis hizmetlerini yürüten ekiplerin, ameliyathane ekiplerinin, laboratuvar birimlerindeki ekiplerin, yemek servisi, temizlik servisi, arşiv ve büro hizmetlerni yürüten ekiplerin oluşturduğu büyük ekip yapmaktadır.

Az gelişmiş ülkelerde standart eğitim görmemiş sağlık personelini sınırlı yetki ile çalıştırma zorunluğu ekip hizmetinde başka bir uygulama biçimi doğmasına neden olmuştur. Örneğin, Ana - Çocuk Sağlığı hizmetlerinde periodik muayeneleri hemşire, ebe —hattâ yardımcı ebe ve hemşirelerin— yapması ve buldukları hasta veya şüpheli vakaları hekime yollama siştemini kabul etmek zorunluğu vardır. Bazı ülkelerde de —örneğin Çin Halk Cumhuriyeti'nde— sık görülen hastalıkları teşhis ve tedavi eden, karmaşık vakaları seçerek hekime yollayan sağlık personeli çalıştırılmaktadır. Bu ve benzeri durumlar hizmetlerin hekim ve hekim olmayan personelden oluşan ekipler tarafından yürütülmesini zorunlu kılmıştır. Hizmetlerin bir ekip eli ile yürütülme zorunluğu «Ekip Liderliği» sorununu doğurmuştur. Hekim dışı sağlık

meslekleri hekimlerin hizmetini tamamlamak üzere doğmuş olduğu için, geleneksel olarak, ekip lideri hekimlerdir. Zamanımızda ekip hizmetlerinde «Kollektif karar» görüşünün gelişmesi hekimlerin liderlik sorumluluğunu azaltmamış ekiplerin daha verimli çalışma olanağı kazanmasını sağlamıştır.

Hekimlerin sorumlu oldukları ekip yönetimi konusunda bilgi ve beceri eksiklikleri —hattâ bu görevi hiç bilmemeleri— sağlık hizmetlerindeki başarısızlığın en önemli nedenlerindendir.

Sağlık personelinin denetimi, hizmet içi eğitimi, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Denetim (Supervision) örgütün içinde ve hizmeti sürekli olarak denetlemek ile görevli olan, kişinin yaptığı iştir. Örneğin, sağlık ocağı hekiminin sağlık evi ebelerini denetlemesi «Supervision» dır.

Denetimden beklenen kişileri şevklendirme, destekleme; uygulamada hata ve eksiklik varsa bunun nedenlerini bulma, bilgi ve beceri açığı varsa personelin iş başında veya hizmet içinde eğitimini sağlamaktır.

Denetim her örgüt için —özellikle az gelişmiş ülkeler için— çok önemli bir hizmettir. Ne yazık ki az gelişmiş ülkelerin sağlık örgütlerinde —yukarıda tanımlandığı biçimde— hizmetin niteliğini yükseltmeği öngören denetim yeter ölçüde geliştirilememiştir. Bu ülkelerde hizmetin verimsizliğinde ülkenin ve halkın sosyo - kültürel durumu yanında en önemli faktör örgütlerde uygun bir denetim yapacak sistemin olmayışı ve hekimlerin bu işi bilmemesidir.

Sağlık hizmeti halka kullanabileceği gibi sunulmalıdır. Bir yerde sağlık tesisinin var oluşu, özellikle sağlık hizmetini kullanmağa alışmamış kişiler için, herkesin sağlık hizmetinden yararlanması için yeterli değildir. Var olan bir hizmetten halkın yararlanmasını olumsuz olarak etkileyen üç etken vardır. Bunlar kişinin ekonomik gücü, halkın hizmeti kullanma alışkanlığı ve hizmetin sunulduğu yerin kişinin yaşadığı yere olan uzaklığıdır.

Sağlık hizmetinden yararlanmak için para ödeme zorunluğu varsa bu halkın sağlık hizmetinden yararlanmasını kısıtlar. Örneğin, tedavi hizmetleri için para ödeyemeyecek kişilerin yaşadığı bir yerde, sağlık hizmetini satılan bir hizmet olarak sunan bir örgüt kurmakla halkın bu hizmetten yararlanması sağlanamaz. Örneğin; ülkemizde büyük şehir-

lerde 500 - 600 kişiye bir hekim düşmesine karşın hasta olduğu zaman tedavi olanağı bulamayan yüzbinlerce kişi vardır. Koruyucu hekimlik hizmeti için ancak sağlık kültürü çok yüksek kişiler para ödeyebilir. Bu nedenle bu hizmetler gelişmiş ülkelerde bile kişiden para almadan sunulur.

Hizmetten yararlanma alışkanlığına gelince, buna para ödemeden sağlık hizmeti veren tesislerin kurulduğu kırsal bölgelerde rastgelinmektedir. Hasta ağırlaşınca hekime getirilmekte, ufak tefek şikâyetler için hekime başvurmak anlamsız sayılmakta, ev ilaçları ve okutmak hekim hizmetine üstün tutulabilmektedir.

Her ülkede —gelişmiş ülkeler dahil— hastaların hekime başvurma sıklığında mesafenin önemi saptanmıştır. Ulaşım nekadar güç, kültür düzeyi nekadar düşük ise mesafenin etkisi o kadar artmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda hekimin bulunduğu yer ile kişinin yaşadığı köy arasındaki uzaklık 15 Km. den fazla ise hekime başvuran hasta sayısının, hekimin bulunduğu yere kıyasla, yüzde 90 azaldığı saptanmıştır. Hindistan'da yapılan bir araştırmada kırsal bölgede hekime 8 Km. den uzak yerde yaşayanlar, hekimin bulunduğu yerde yaşayanlara kıyasla 100 kez az başvurmaktadır. Bu nedenle örgütlenmede halkın erişebileceği yerde tesis kurmak zorunluğu vardır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinde mesafeyi asgariye indirmek daha da zorunludur. Az gelişmiş ülkelerde koruyucu hekimlik hizmetleri, özellikle sağlık eğitim hizmetlerinin her yerleşme yerinde —ve hattâ evlerde— yapılması başarı için şarttır.

MODELLER

Her ülke için, hattâ aynı gelişme düzeyindeki ülkeler için, prototip bir örgütlenme modeli önermek kadar hatalı bir yaklaşım olamaz. Bu nedenle örgütlenmede ilkeler, bilimsel veriler, ülkenin koşul ve olanakları gözönüne alınarak en uygun çözümü bulmak zorunluğu vardır. Aynı zamanda, ülkelerin koşul ve olanakları ile teknoloji sürekli olarak değiştiğinden örgüt modelinde de yeni duruma göre değişiklik yapmak gerekeceği de unutulmamalıdır. Bu nedenle bu kitapta seçilmiş bir model örneği verme yerine çeşitli hizmetler için uygulanmış veya uygulanmakta olan modellerden önemli olanlar sunulacaktır.

Tedavi Hizmetleri :

Az gelişmiş ülkelerin büyük çoğunluğunda tedavi hizmetlerinde örgütlenmeden bahsetmek yersiz olur. Bunlar da oraya buraya serpilmiş hastaneler, sağlık merkezleri ve büyük şehirlerde toplanmış «tek başına çalışan hekim» ler vardır. Gelişmiş ülkelerde ise ister hükümetler örgütlesin, ister sigorta idarelerinin kuralları yön versin tedavi hekimliğinde belirgin bir sistem veya en azından kendi kendine oluşmuş ve yürüyen sağlam ve yaygın bir ilk basamak hasta bakım hizmeti vardır.

Tedavi hizmetleri yönünden gelişmiş ülkelerle az gelişmiş ülkeler arasındaki önemli bir fark da gelişmiş ülkelerde ilk basamak hasta bakımının yeterli bir düzeyde olmasıdır. Az gelişmiş ülkelerde ikinci basamak hasta bakım hizmetleri için hastahane ve konsültasyon servislerinin yetersizliği bir yana yeterli bir ilk basamak hasta bakımı bulunmadığından hastahaneye gelecek kadar önemli olmayan vak'aların arttırdığı iş yükü karşısında hastahaneler yapabileceklerini de yapamamaktadırlar.

Ülkemizde de durum, sistemsizlik bakımından, aşağı yukarı az gelişmiş ülkelerdeki gibi idi. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin getirdiği yeniliklerden biri kırsal bölge ve şehirlerde sağlık ocakları kurarak ilk basamak hasta bakımını, olanaklar ölçüsünde, yeterli şekilde örgütlemek ve sağlık ocaklarıyla hastahanelerin işbirliğini sağlayarak iki basamağı birbirine bağlamaktır.

İlk Basamak Hasta Bakımı : İlk basamaktaki hekim, yani hastanın ilk başvurduğu hekim, serbest hekimlik yapan bir genel pratisyen veya uzman (tek başına çalışan hekim) olabilir. Bu basamaktaki hekim, grup halinde çalışan (group practice) hekimlerin kurduğu poliklinikte, kamu sektörü kurumlarının yönettiği sağlık merkezi ve dispanserlerde veya hastahanelerin polikliniklerinde çalışan hekim de olabilir.

Tek Başına Çalışan Hekim : Tek başına çalışan hekim muayenehanesinde veya hastaların evinde, hastalarını muayene ve tedavi eden hekimdir. Bu tip hekimler batı ülkelerinde genellikle belirli kişilerin hekimidirler. Bu kimselere hasta oldukları zaman bakarlar. Hasta hekim ilişkisinin bu biçim oluşumu nedeni, halkın geleneğidir. Kişiler kendisine bir aile hekimi veya en azından bir hekim seçme ve hastalandığı zaman daima ona başvurma eğilimindedirler.

Batı ülkelerinde sigortaların gelişmesi veya devletin sağlık hizmetinde sorumluluk alması, hasta hekim ilişkisinde büyük değişikliğe sebep olmamış, yalnız hekimin ücret alma sistemi değişmiştir. Hekime ücreti —sınırlı sayıda zengin kişiler dışında— hastalar tarafından değil sigorta kurumları veya devlet tarafından ödenmektedir. Bu durum hekimler için yeni ilişkilerin, hekim - sigorta ve hekim - hükümet ilişkilerinin, doğmasına sebep olmuştur.

Grup Pratiği : Grup pratiği, hekimlerin bir araya gelerek mesleklerini uygulamaları modeline verilen addır. Grup pratiği iki şekilde yürütülmektedir. Birinci şekil, çeşitli uzmanlık dallarındaki hekimlerin biraraya gelerek bir ekip kurmaları ve beraberce sahip oldukları bir merkezde hastalarına bakmalarıdır. Bunlar gerekirse birbirlerinden ve kurdukları laboratuvarlardan yararlanırlar. Bizdeki özel poliklinikler de aynı niteliktedir. Ancak Batı Avrupa'da, bizdeki gibi hekimin poliklinik sahibi tarafından istihdamı şekli yoktur veya ihmal edilecek kadar azdır. İkinci şekil genel pratisyenlerin veya aynı daldaki uzmanların bir araya gelerek hasta muayene ve tedavisinde işbirliği yapmalarıdır. Gece hastaya çağrılma, hafta sonu ve yıllık tatillerin ayarlanabilmesi bakımından bu uygulama genellikle hekimler tarafından istenen bir şekildir. Bu sistem, meslekî konuları grup arkadaşlarıyla kolaylıkla tartışarak hekime gelişme olanağı da sağlamaktadır. Avrupa'da hükümetler ve sigorta idareleri de grup pratiğini teşvik etmektedir. Bir yandan kendi istekleri, öte yandan gördükleri teşvik nedeniyle Batı Avrupa ülkelerinde grup pratiği hekimler arasında hızla yayılmaktadır. Danimarka'da ilk basamak hasta bakım hizmetinde çalışan hekimlerin yüzde 40'ı grup pratiğindedir. Çeşitli ülkelerde tıp fakültelerinde yapılan anketlerde, öğrencilerin yüzde 50 - 80'i mezun olduktan sonra grup pratiğine katılacaklarını belirtmişlerdir. Buna karşılık, geleneksel «tek başına çalışan hekim» modelini koruyan ülkeler de (Örnek : Hollanda) vardır.

Sağlık Merkezleri ve Hastahane Poliklinikleri : Batı Avrupa'da İsveç, Finlandiya ve Avusturya'da, Doğu Avrupa'da Sosyalist Blok ülkelerinde ilk basamak hasta bakım hizmetinde ağırlık, sağlık merkezlerinde ve hastahane polikliniklerindedir. Buralarda hekimler sabit maaşla çalıştırılır. Sağlık merkezine veya hastahane polikliğine gelen hastaların, genellikle hekim seçme hakkı yoktur. Muayene ve tedavileri o gün görevli olan hekim tarafından yapılır.

Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda ilk basamak hasta muayene ve tedavisi, hastahane polikliniklerinde yapılmaz. Hastahanelerde ancak, ilk

basamak hekimlerinin yolladığı hastalara bakılır. Batı Almanya'da konsültasyon hizmeti için dahi hastahanede poliklinik hizmeti yoktur. Sağlık merkezlerine gelince; sağlık merkezleri, hükümet veya sigorta idarelerinin kurduğu ve hekimlerin sabit ücretle istihdam edildiği tedavi kurumu diye tanımlanırsa, bu model örgütlenme, yukarıda belirtilen üç ülke dışında Bati Avrupa'da yaygın değildir.

İkinci Basamak Hasta Bakımı : İkinci basamak hasta bakım kurumları hastahanelerdir. Avrupa'da hastahanelerin sahibi genellikle kamu sektörü veya kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Hastahane hizmetlerinde örnek alınması gereken Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda, kamu sektörü hastahanelerinde bile, her hastahanenin belirli standartlara uymak şartıyla bağımsız olarak yönetilen kuruluşlar olmasıdır.

Batı Avrupa'da hastahane hizmetlerini örgütlemede görülen yeni gelişmeler ulaşım kolaylığı elverdiği oranda küçük hastahaneleri kapamak ve 200 - 400 yataklı genel hastahaneler kurmaktır. Eskiden önemi olan özel dal hastahaneleri gittikçe azalmakta, ruh hastalıkları servisleri bile genel hastahanelerin içine alınmaktadır.

Avrupa ülkelerinde hastahanelere âcil vakalar dışında, genellikle ilk basamak hekimleri tarafından gönderilen hastalar yatırılır. Bazi ülkelerde (Örnek : Batı Almanya) ilk basamak hekimin hastahaneye yatırılmak üzere yolladığı hastayı hastahaneye yatırmak zorundadır. Hastahanede boş yatak yoksa, hastahane hastaya çevre hastahanelerde yer bulur.

Avrupa'da hastahane hekimleri genellikle uzman hekimlerdir. Küçük hastahaneler arasında genel pratisyenlerin hekimlik yaptığı hastahaneler de vardır. Hastahanelerde hasta bakımı genellikle sadece o hastahane hekimlerinin görevidir. Bazı yerlerde hastahane hekimi olmayan hekimler 'de, hastahanelerde hastalarını tedavi edebilirler. Ancak bu fazla yaygın bir sistem değildir. Bazı hastahanelerin —örneğin; A.B.D. de— kronik hastaların taburcu edildikten sonra evde takibi için örgütleri (extramural patient care) vardır. Avrupa'da bu işi ilk basamak hekimleri yapar.

Koruyucu Hekimlik Hizmetleri :

Gelişmiş ülkelerde tarihsel gelişime bağlı olarak birbirinden ayrı, çevre çağlığı, besin kontrolu, bulaşıcı hastalıklarla savaş, tüberküloz ile

savaş, Ana - Çocuk Sağlığı, kanser ile savaş, diyabet ile savaş gibi örgütler kurulmuştur. Az gelişmiş ülkelerde ise çoğunluk ile sıtma savaşı, verem ile savaş, aile planlaması gibi özel örgütler kurulmuştur. Tek amaçlı (Single purpose) örgütler yanında koruyucu hekimlik hizmetlerinin birkaçını veya tümünü yürüten örgütler (multipurpose organization) kuran ülkeler de vardır. Zamanımızdaki örgütlenme felsefesi, olanak oldukça, tek amaçlı örgütleri birbiri ile birleştirmektir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunda öngörülen örgütlenme modeli bu görüşün bir örneğidir.

Ülkemiz için önemli olduğundan çevre sağlığı, besin kontrolü ve sağlık eğitimi hizmetlerinin örgütlenmesi üzerinde kısaca durmak yerinde olur. Çevre sağlığı ve besin kontrolu bir sağlık hizmetidir. Ancak bu, bu hizmetleri hekim, hemşire ve sağlık memurlarının yürüteceği bir hizmet anlamına gelmez. Bu hizmet sağlık mühendisleri ve besin kontrol uzmanları ile çevre sağlığı ve besin kontrol teknisyenlerinin görevidir. Bu bakımdan bu hizmetler —özellikle şehir ve kasabalarda— bağımsız bir örgüt olarak örgütlenmelidir.

Sağlık eğitim hizmetleri okulda, evde, işyerinde ve toplumda her yaşta ve çeşitli eğitim düzeyindeki kişilere hitap eden bir hizmettir. Bu neden ile birbiri ile işbirliği yapan çeştli örgütler tarafından yürütülmesi gerekir. Sağlık eğitimi için köylerde yaşayan ebe, öğretmen ve imamdan başlayarak Bakanlıkların merkez kuruluşuna kadar her kademede işbirliği ve iş bölümü planlama ve denetleme gereklidir.

Laboratuvar Hizmetleri :

Laboratuvar hizmetleri tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinden ayrı, fakat bu hizmetlerin en çok muhtaç olduğu meslekî destek hizmetidir. Laboratuvar hizmetlerinde en önemli konu, özellikle ülkemiz için laboratuvar personeli yetiştirme sorunudur. Gelişmiş ülkeler bu sorunu laboratuvar hizmetlerinde görevi büyük ölçüde hekimlerden alarak hekim olmayan yüksek eğitim görmüş laboratuvar uzmanlarına devrederek çözmüştür.

Hastahaneler için en başarılı örgütlenme modeli, laboratuvar hizmetlerini biokimya, bakterioloji, hematoloji, sitoloji gibi laboratuvarları hizmetin klinik yönü ve kullanılan laboratuvar yöntemlerinin değeri konularında da eğitim görmüş patologların (klinik patoloğu, clinical

pathologist) yönetiminde toparlamaktadır. Klinik patologların hekim olması zorunluğu vardır. Diğer laboratuvar dallarında hizmet klinik patoloğun denetiminde hekim olmayan laboratuvar uzmanları ve onlara yardım eden teknisyenlerle yürütülebilir. Bu örgütlenme modeli, hekim sıkıntısı çeken az gelişmiş ülkeler için zorunludur.

Laboratuvar hizmetlerini geliştirmek için çeşitli sağlık kurumlarında (sağlık ocakları, sağlık merkezleri, küçük ve büyük hastahaneler gibi) hangi analizlerin yapılabileceğinin ve standart analiz yöntemlerinin saptanması ile çeşitli seviyedeki laboratuvarlar arasında işbirliğinin sağlanması gereklidir.

Ülkemizde olduğu gibi, laboratuvar hizmetlerini sıfırdan başlayarak kuracak ülkelerin hasta tedavi ve kişiye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri için ayrı laboratuvarlar kurması insan gücü ve malzeme israfına sebep olacağından bu iki hizmet için bir örgüt kurulabilir.

Çeşitli kuruluşlarda çalışan personelin yetiştirilmesi ve denetimi, küçük laboratuvarlarda yapılamayan tiplendirme, virolojik muayeneler gibi hizmetlerin yürütülmesi için de merkezî enstitüler kurulmalıdır.

XVIII. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

Sağlık İnsan Gücü (Health Manpower) teriminden kamu sektöründe ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümü anlaşılır. Geleneksel olarak bu hizmet sadece hekimler tarafından üretilirdi. Hekimlik teknolojisi geliştikçe pek çok sağlık meslekleri oluşmuş ve sağlık hizmeti bir ekip hizmeti haline dönüşmüştür. Birçok yazar sağlık ile ilgili meslekleri sınıflama çabalarına girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir komitesi sağlık personelini 3 grupta (sağlık mesleklerinde çalışanlar, tıp dışı bilim dallarında yetişenler ve standard eğitim düzeyi altındaki personel) olarak sınıflamayı önermiştir.

Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı insan gücü istatistiklerinde sağlık personelini aşağıdaki 29 başlık altında toplar :

1. Hekimler (Physicans).
2. Yardımcı hekimler (Medical assistants).
3. Çok görevli sağlık yardımcıları (Multipurpose healt anxiliaries). Bunların görevi köylerde temel sağlık hizmeti vermektir.
4. Diş hekimleri (Dentists, dental surgeons).
5. Dişçiler (Dental opeating anxilraries).
6. Diş hekimi yardımcıları (Dental non-operating auxiliaries). Bunlar diş hekimi ve dişçilere yardım ederler. Diş tedavisi yapmazlar.
7. Eczacılar (Pharmacists/Chemists).
8. Eczacı yardımcıları (Pharmaceutical assistants).
9. Veterinerler (Veterinarians, veterinary surgeons).

10. Hayvan sağlığı yardımcıları (Animal health assistants). Bunlar teşhis, tedavi ve korumada sınırlı görev alırlar.

11. Ebeler (Professionel midwives).

12. Yardımcı ebeler (Assistant midwives, anxiliary midwives). Denetim altında bağımsız ebelik hizmeti yaparlar.

13. Yardımcı ebe - hemşireler (Auxilary nurse - midwives).

14. Hemşireler (Professional nurses).

15. Yardımcı hemşireler (Assistant nurses, auxiliary nurses).

16. Ebe ve hemşire yardımcıları (Nursing and midwifery aids). Yakın denetim altında çalışırlar.

17. Fizyoterapiciler (Physiotherapist, physical therapist).

18. Laboratuvar teknisyenleri (Medical laboratory technicians). Okul mezunudurlar ve laboratuvar uzmanları ile beraber her görevi yaparlar.

19. Laboratuvar teknisiyen yardımcıları (Assistant medical laboratory technicians). Laboratuvarlarda yakın denetim altında verilen işi yaparlar.

20. Tıp fizikçileri (Medical physicist).

21. Tıp radyoloji teknisyenleri (Medical radiological te.nnicians). Üniversite mezunudurlar ve uzman radyologlar ile beraber çalışırlar.

22. Tıp radyoloji teknisyen yardımcısı (Assistant medical radyoligical technicians) uzman veya teknisyenin verdiği işleri yaparlar.

23. Sağlık mühendisi (Sanitary engineers).

24. Çevre sağlığı teknisyeni (Sanitarians). Yüksek okul mezunudurlar.

25. Çevre sağlığı teknisyen yardımcıları (Auxiliary sanitarians). Orta eğitim görmüş teknisyenlerdir.

26. Diğer sağlık personeli (Other scientific or professional personnel): Biokimyacılar, biologlar, entomologlar, psikologlar, beslenmeciler, dietçiler, özel dalda tedaviciler (therapists), sağlık eğitimcileri, sağlık istatistikçileri, tıp kütüphanecileri bu sınıfa girer.

27. Diğer teknik personel (Other technical personnel). Kardioloji teknisyenleri, ensefalografi teknisyenleri, gözlükçüler, ortopedi tek-

nisyenleri, işitme cihazı teknisyenleri, istatistik teknisyenleri bu sınıfa girer.

28. Diğer yardımcı personel (Other health anxiliaries and aids). Mikroskopistler, laboratuvar hizmetlileri ve film banyo teknisyenleri bu sınıfa girer.

29. Geleneksel hekimlik uygulayıcıları (Practitioners of traditional medicine and midwifery). Ottan ilaç yapanlar (herb doctors), Hint hekimleri (Ayurvedic doctors), eğitim görmemiş hekimler (Lay medical practitioners, medicine men, acupuncturists) ve ebe nineler (traditional birth attendants) bu gruba girer.

Sağlık İnsan gücü sınıflaması hizmet niteliğine ve eğitim düzeyine göre de yapılabilir. Yazar sağlık insan gücünü önce aşağıdaki gibi - hizmet niteliğine göre beş gurupta toplamakta, (Tablo 17) ondan sonra da sağlık meslek mensuplarını kendi içinde temel eğitim ve meslekî eğitim sürelerine göre sınıflamaktadır.

Tablo 17 — Sağlık Mesleklerinin Sınıflandırılması

Kişiye Yönelik Hizmet Yapanlar :
Hekim, Diş Hekimi, Hemşire, Ebe, Fizikoterapist, Psikoterapist, Dietisyen, Optometrist, Çiropodist, v.b.

Çevreye Yönelik Hizmet Yapanlar :
Sağlık Mühendisi, Veteriner, Çevre Sağlığı Teknisyeni, v.b.

Laboratuvar Personeli ve Diğer Bilimciler :
Mikrobiolog, biokimya uzmanı, Hematolog, Patolog, Sağlık fizikçisi, Rontgen uzmanı, İstatistik Uzmanı, Sağlık Eğitimcisi, v.b. ile bu dalların teknisyenleri.

Sağlık Alanında Uzmanlaşmış Destek Personel :
Hastane idarecisi, Tıbbî sekreter, v.b.

Genel Hizmetliler :
Daktilo, Şoför, Temizlikçi, v.b.

Hekimler :

Hekim, hastaların hastalığını tanıma ve tedavi hizmeti yapanlara verilen genel isimdir. Bunların bazıları tek bir hastalığın tanımı ve te-

davisini yapan kişilerde olabilir. Hekimlik hizmeti yapanların eğitimleri de 6 değişik düzeyde olabilir. Bu bakımdan hekimler aşağıdaki şekilde beş gruba ayrılabilir.

* Uzmanlaşmış tıp doktorları,
* Uzmanlaşmamış tıp doktorları,
* Standart eğitim görmüş, fakat tıp doktoru ünvanı olmayan hekimler (örneğin; Bachelor of Medicine, Ayurvedic Practitconer, Etc.),
* Eğitim görmüş fakat standard eğitim görmemiş kişiler (örneğin, Feldsher, Medex, Yardımcı Hekim, Nurse Practitioner v.b.),
* Hekimlik hizmeti yapan diğer personel (örneğin; sağlıkçı, community health workers, peasant doctors, v.b.).

Hekim Sayısı ve Dağılımı : Bir ülkede sağlık insan gücünü ölçmek için kullanılan ölçüt bir personele düşen nüfus sayısı (veya 10.000 kişiye düşen personel sayısı) dır. Seçilmiş bazı ülkelerdeki nüfus/hekim oranları (Tablo 18'de) görülmektedir. Hekim başına düşen nüfusun en

Tablo 18 — Çeşitli Ülkelerde Sağlık İnsan Gücü

		Hekim		Diş Hekimi		Hemşire ve Ebe	
	Yıl	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Türkiye	1981	28411	1609	6790	6732	55575(1)	822
İsveç	1976	14650	563	14220	580	40075	101
A.B.D.	1976	361443	595	358431	600	1450000	148
S.S.C.B.	1977	896900(2)	289	—	—	1561300	163
Meksika	1974	46475	1251	31598	1340	41632	1396
Hindistan	1978	178000	3652	85760	7580	171105	3799
Mısır	1977	35489	1052	31373	1190	35451	1074
Kenya	1978	1270	11437	1272	11420	5570	2574
Habeşistan	1977	396	73043	342	84350	1488	19435

Oran : Nüfus/Hekim.
(1) Sağlık memurları dahil.
(2) Diş hekimleri dahil.

az olduğu ülke Sovyetler Birliği olmasına karşın bu ülkede standard eğitim görmemiş olan Feldsher'ler de hekim hizmeti yapmaktadır. Hekim sayısı yetersizliği az gelişmiş ülkeler için çok önemli bir sorundur. Bu ülkelerin çoğunda nüfus/hekim oranı 15.000'in üzerindedir. Habeşistan'da bir hekime karşı 73.000 nüfus vardır.

Nüfus/hekim oranı bir ülkede hekim insan gücü bakımından doyurucu bir fikir veremez. Halkın hekimden yararlanmasını etkileyen yalnız nüfus/hekim oranı değildir. Nüfus hekim oranı yanında aşağıdaki etkenler de önemlidir.

* Hekimlerin coğrafi dağılımı : Hekimler, özellikle az gelişmiş ülkelerde büyük merkezlerde toplanır. SSYB'nın 1981 yılı istatistiklerine göre üç büyük şehirde 578 kişiye bir hekim düşerken Adıyaman, Bingöl ve benzeri 5 ilde 10.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsünün yerleşme yeri nüfusuna göre hekim dağılımı için verdiği sayılar (Tablo 19) dadır.

Tablo 19 — Hekimlerin Yerleşme Yeri Büyüklüğüne Göre Dağılımı

Yerleşme Yeri Nüfus	Yerleşme Yeri Sayısı	Toplam Nüfus	Hekim Sayısı	Hekim Başına Nüfus
0 - 10.000	36.059	22.048.415	956	23.063
10.001 - 25.000	122	1.879.265	725	2.592
25.001 - 100.000	63	2.755.065	1.495	1.843
100.000 +	14	4.708.676	7.335	642
Genel Toplam	36.258	31.391.421	10.511	2.989

Kaynak : Devlet İstatistik Enstitüsü (1965 Sayımı).

* Mesafe : Halkın hekimden yararlanmasında hekimin bulunduğu yer ile hastanın yaşadığı yer arasındaki mesafe kritik bir faktördür. Bu konu örgütlenme bölümünde açıklanmıştır.
* Uzmanlaşma, özellikle kırsal bölgede, hekim gücünden tam olarak yararlanmayı engelleyen faktörlerdendir. Ülkemizde hekimlerin uzmanlaşması (Tablo 20'de) görüldüğü gibi bir çok gelişmiş ülkeden fazladır.

Tablo 20 — Türkiye, İngiltere ve İsveç'te Hekimlerde Uzmanlaşma

	Türkiye (1981)	İngiltere (1962)	İsveç (1961)
Uzman hekim sayısı	17.667	7.603	4.071
Toplam hekim sayısı	28.411	53.000	7.380
Hasta yatak sayısı	97.765	473.000	119.000
Nüfus (milyon)	45,4	51	7,5
Uzmanlar :			
İç Hastalıkları	3268	1211	1357
Çocuk Sağlığı	1601	219	278
Cerrahi	1383	840	554
Kadın - Doğum	1779	457	268
Cildiye	484	141	61
K.B.B.	625	315	192
Üroloji	574	38	—
Göz Hastalıkları	734	310	120
Radyoloji	588	495	176
Fizik - Tedavi	355	93	—
Anesteziyoloji	445	870	33
Diğer İhtisas Kolları	5836	2614	1093

* Sağlık personelinin sektörler arası dengesiz dağılımı da halka yapılan sağlık hizmetini olumsuz olarak etkiler. (Tablo 21'de) görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin büyük yükünü çeken SSYB göreceli olarak az hekim kullanmaktadır.

Tablo 21 — Sağlık Meslek Mensuplarının Kurumlararası Dağılımı (1981)

	Hekim		Diş Hekimi		Hemşire, Ebe ve Sağlık Memuru	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
SSYB	5961	21.0	1825	16.0	41515	74.7
SSK	4365	15.4	760	6.5	4410	7.9
Diğer kamu örgütleri	6818	24.0	261	2.0	5219	9.4
Özel çalışanlar	11267	39.6	8764	75.5	4431	8.0
Toplam	28411	100.0	11610	100.0	55575(*)	100.0

(*) 29459 hemşire, 13890 ebe ve 12226 sağlık memur ve teknisyeni.

Hekim İstihdam Politikası: Hekim hizmetinden yararlanmada iki temel politika vardır. Bunlardan biri geleneksel olan liberal politikadır. Bu görüşe göre hekimlik hizmeti satın alınan bir hizmettir. Hekim hizmetine gereksinen kişi hekimin ücretini öder ve onun hizmetinden yararlanır. Bu görüşte olanlara göre hasta tedavi hizmetine hükümetler karışmamalıdır. Bu görüşün Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Batı Almanya'da hakim olduğunu görüyoruz. Bu ülkelerdeki hekim dernekleri hükümetlerin hasta tedavisi hizmetine karışmasını bütün güçleri ile önlemeye çalışırlar.

İkinci görüş —her alanda olduğu gibi— sağlık alanında da sosyal adaleti savunan görüştür. Bu görüş de —tarih açısından— liberal görüş kadar eskidir. Bu fikrin ilk savunucuları da hekimlerdir. Hekimler sağlık alanında sosyal adalet fikrine ücret ödeyemeyecek hastalardan ücret almadan onları tedavi ile başlamışlardır. İslâm dünyasında vakıflar, Doğu ve Batıda hayır dernekleri, kilise sağlık hizmetlerinde sosyal adalet ilkesini yayan kurumlardır. Sağlık alanında gerçekçi bir sosyal adalet politikası 19 uncu yüzyılda Almanya'da zorunlu Kamusal Sağlık Sigortalarının kurulması ile başlar. Bunu da sağlık hizmetlerinde Devletçilik kovalar.

Herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasının insan hakkı ve devlet görevi olduğu fikrinin doğuşu hükümetler için «Hekimleri Kamu Sektöründe Çalıştırma» sorununu yaratmıştır. Her hükümet bu iş için birbirinden farklı yöntemler bulmuştur. Bunlar arasında şu önlemler vardır:

* Maaş ile hekim çalıştırma: Bu sistemde diğer mesleklerde olduğu gibi hekim sabit bir gelir karşılığı görev yapan bir memurdur. Bir ülkede hekimlerin işyeri seçme özgürlüğü varsa, hekimlere serbest piyasada kazandıklarına yakın bir ücret ödemek gerekir. Bir kısım ülkeler bu biçimde hekim çalıştırır. Hekime yüksek ücret ödemek istemeyen bazı ülkeler hekimlere zorunlu hizmet yaptırarak sorunu çözmeği yeğlemekte veya kamu hizmeti için serbest çalışan hekimleri yarı süre çalıştırmaktadırlar. Hekimlerin yarı süre çalıştırılma sistemi deontolojik sorunlar yaratma yanında hizmeti de aksatmaktadır.
* Hekime hizmet başına ödeme yapma: Bu geleneksel düzene en yakın olandır. Almanya'da olduğu gibi sigorta veya ABD'de medicare ve medicaid programlarında olduğu gibi hükümet hekime yaptığı hizmet karşılığı para öder.

* Kişi başına götürü ödeme: İngiltere'de uygulanan bu sistemde hekim belirli bir yıllık ücret karşılığı kişilerin hekimliğini kabul eder. Kişi hasta olmasa da parasını devletten alır. Kişi hastalanır ve hekime başvurur ise, hekim hastadan ücret almadan muayene ve tedavi eder.

* Hükümetler liberal bir politika benimseyerek hasta tedavi hizmetine karışmasalar bile koruyucu hekimlik hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin yönetimi için uzmanlaşmış hekim çalıştırma sorununa çözüm bulmak zorundadır. A.B.D. ve Batı Almanya hükümetleri bile bu hizmetler için memur hekim kullanır. Her ülkede hekimleri koruyucu hekimlik hizmetleri ve yönetim için yetiştirmek üzere mezuniyet sonrası eğitim yapan Halk Sağlığı Fakülteleri kurulmuş ve hekimler için de özel ve akılcı bir ücret sistemi uygulanmaktadır.

* Batı Almanya'da hekim olmayan yerleşme yerlerine hekim bulabilmek için hekimler sendikası kazancı en az yıllık gelire yükseltmek için ödeme yapmayı kabul etmektedir.

* Hekim gereksinmesini karşılamak için başvurulan bir sistem de standard eğitim görmemiş kimseleri hizmette kullanmaktır. Gelişmiş ülkeler bile —örneğin; A.B.D., Kanada, Sovyetler Birliği v.b.— bu yola başvurmaktadır. Bu maksatla A.B.D. ve Kanada'da en çok görülen hastalıkları teşhis ve tedavi konusunda eğitilmiş halk sağlığı hemşireleri, Sovyetler Birliği'nde Feldsher'ler kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, hekim ve hekim dışı personel için sürekli denetim ve eğitimin sürdüğü bir ekip çalışması sağlanırsa, az gelişmiş ülkeler için ideal çözümdür.

* Başvurulan yollardan biri de mezun olacak hekim sayısını arttırarak dağılım sağlamaktır. Bu yola başvuran az gelişmiş ülkeler pek başarılı olamamıştır. Örneğin; Brezilya'da her yıl mezun olan hekim sayısı 1.500'den 8.000'e çıkarılmış, fakat dağılım tatmin edici olmamıştır. Rio de Janeiro'da 500 kişiye bir hekim düşerken bu oran 200'e inmiştir.

Tıp Eğitimi: Sağlık hizmetlerinde hekimler ile ilgili sorunların çoğu kökünü tıp eğitimindeki aksaklıklardan alır. Bu nedenle tıp eğitimi, son 20 - 30 yıldır eğitimcilerin ve yöneticilerin üzerinde önemle durdukları bir konudur. Çeşitli konularda görüş ayrılıkları vardır. Bu ko-

nulardan biri tıp eğitiminin amacıdır. Amacın saptanmasında iki görüş çarpışmaktadır. Bir görüşe göre tıp eğitimi bütün ülkelerin fakültelerinde standard olmalı ve öğrenciler en yüksek tıp teknolojisini kullanmak üzere yetiştirilmelidir. Bu demektir ki, az gelişmiş bir ülkenin tıp fakültelerinde de eğitim standardı gelişmiş ülkelerdeki gibi olmalı, öğrenciler en yüksek tıp teknolojisini kullanmak üzere yetiştirme'i ve az gelişmiş bir ülkenin tıp fakültesinden mezun olan bir hekim çok gelişmiş bir ülkenin tıp merkezinde başarı ile çalışabilmelidir. İkinci görüş her ülkede tıp fakülteleri o ülkenin gereksinmesine göre hekim yetiştirmeli ve teknoloji o ülkede genellikle kullanılan tıp teknolojisi olmalıdır. Ne yazık ki az gelişmiş ülkelerin çoğunda ilk görüş hakimdir ve bu ülkeler uluslararası standardı tutmağa özendirilir. Bir İngiliz Halk Sağlıkçısı olan Leeson az gelişmiş ülkelerdeki tıp fakültelerinin uluslararası standardı tutma çabalarını yeni - sömürgecilik modeli olarak tanımlamaktadır. Leenson'e göre bu tıp fakültelerinin mezunları gelişmiş ülke hastaneleri için ucuz hekim kaynağı ve bu fakülteler ile buradan yetişenler batının tıp endüstrisi için iyi bir pazardır. Gelişmiş ülkelerde de tıp eğitiminin standard olmadığını belirtmek gerekir. Sovyetler Birliğinde 4 tip tıp fakültesi vardır. Birinden çocuk hekimi, ikincisiden yetişkin hekimi, üçüncüden stomatolog ve dördüncüden halk sağlığı hekimi yetişir. A.B.D.'de elektif kurslar ile öğrencisini uzmanlığa hazırlayan fakülteler de vardır.

Tıp fakülteleri programlarında temel tıp bilimleri eğitimine klinik eğitimden fazla ağırlık vermek, çağdaş eğitim yöntemlerinden tıp eğitiminde çok az yararlanmak, koruyucu hekimlik alanında uygulamalı eğitim yapmamak, öğrencilere hekimliğin toplumsal yönünü öğretmemek en çok eleştirilen hususlardır. Bu eleştirilerin ışığı altında tıp eğitiminde büyük reform yapan ülke ve fakülteler vardır. Örneğin Çin Halk Cumhuriyetinde tıp eğitimi 4 yıla indirilmiştir. Temel tıp bilimleri eğitimi bu süre içinde 6 aydır. Öğrenciler 1.5 yıl sağlık merkezlerinde, 2 yıl hastanelerde klinik eğitim yapmaktadır.

Sürekli Eğitim (Continuing Education) : Tıpta en önemli konulardan biri fakülteyi bitiren veya uzman olan bir hekimin eğitimini sürdürmesidir. Yapılan incelemeler göstermiştir ki tıp bilgilerinin yarı ömrü 7 yıldır. Mezun olan hekim eğitimini sürdüremez ise 8 - 10 yıl içinde çağdışı kalır. A.B.D.'li bir eğitimci sürekli eğitimin gereğini şöyle vurgulamıştır : «Tıp eğitimi 4 yıl değil, 40 yıldır.»

Hekimlerin sürekli eğitimi toplumsal bir sorun ve bir Devlet görevidir. Çünkü hekimin kendisini sürekli olarak eğitmemesi hekime değil baktığı hastalara, halka zarar verir.

Bugün her gelişmiş ülke hekimlerin sürekli eğitimi için yaptırım getirmektedir. Bununla beraber sürekli eğitimi gerçekleştirmede çeşitli zorluklar ile karşılaşılmaktadır. Hekimin bilgi açığını saptamanın güçlüğü, hekimin günlük çalışmasının yoğun olması, tıp eğitiminin sürekli çalışmaktan yılgınlığa neden olması, örgütlenme ve yöntem seçimi gibi sorunlar örnek olarak gösterilebilir.

Hemşireler:

Hemşirelerin Görevleri: Hastaların bakımı ve sağlığın korunması için kişiye yönelmiş tedbirlerin uygulanması gibi hizmetlerde hekimin en yakın iş arkadaşı, hemşirelerdir. Hemşirelerin görevleri şunlardır:

* Hekimin tavsiyelerine göre hasta tedavi programını yürütmek,
* Hastanın bakımı ve rahatını sağlamak,
* Hastanın fizik ve psikolojik çevresini olumlu hale getirmek,
* Sağlığın korunması ile ilgili tedbirleri kişilere uygulamak ve halka sağlık eğitimi yapmak.

Tarihçe: Hemşirelik sağlık hizmetlerinde oldukça yeni bir meslektir. Hastanelerde hasta bakımı, hizmetli kadınların ve erkeklerin, evlerde ev kadınlarının görevi idi. Hemşireliğin bir meslek olarak doğuşunda soylu bir İngiliz olan Florence Nightingale'in büyük rolü vardır. F. Nightingale çalışmaları sırasında 1854 yılında Kırım harbi dolayısı ile Türkiye'ye de gelmiş ve Selimiye kışlasında açılan hastanede hemşirelik yapmıştır. Türkiye'de Türk kızlarını hemşire olarak yetiştirmek için Balkan Savaşında kurslar açılmıştır. Bu kurslarda yetişen hemşireler Balkan ve I. Dünya Savaşında büyük hizmetler yapmışlardır. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında Kızılay İstanbul'da bir hemşire okulu açmıştır. 1946 yılına kadar hemşireler için başka eğitim merkezi yoktu. 1946'da SSYB Ankara'da ortaokul mezunu kızları alan ikinci bir okul açtı.

1960 yılında SSYB hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere geniş bir program hazırladı. Hemşire okullarının adı Sağlık Koleji oldu. 1960 yılında Türkiye'de 9 Sağlık Koleji vardı ve bu kolejlerden 245 hemşire mezun olmuştu.

Hazırlanan program çerçevesinde sağlık koleji sayısı 1968'de 29'a, 1980'de 99'a, ve mezun hemşire sayısı da 1968'de 1.304'e ve 1980'de 3.186'ya çıktı.

SSYB, 1954 yılında da hemşire ihtiyacını karşılamak üzere hemşire yardımcısı yetiştirmek üzere hastanelerde çalışan ilkokul mezunu kızlar için kurslar açmağa başladı. 1967 yılında bu kurslar kapatıldı ve ilkokul mezunlarına 3 yıl meslek eğitimi yapan sağlık okullarında yardımcı hemşire yetiştirilmeğe başlandı.

Türkiye'de ilk yüksek hemşire okulunu açan kurum da SSYB'dır. 1962 yılında İstanbul'da lise mezunu kızlara eğitim yapan Florence Nightingale Yüksek Hemşire Okulu açıldı. Bunu diğer üniversitelerin —özellikle Hacettepe Üniversitesinin —yüksek okulları kovaladı.

Eğitim ve Uzmanlaşma: 1982 yılında Türkiye'de iki düzeyde hemşirelik eğitimi yapılmaktadır. Bunlardan birincisi sağlık meslek liselerinde yapılan temel hemşirelik eğitimidir. Bu okullara ortaokulu bitiren kız ve erkek öğrenciler alınmakta ve 4 yıl meslekî eğitim görmektedirler. Mevcut 85 liseden 63'ü SSYB'ye bağlıdır.

İkinci düzey lise mezunu kızların 4 yıl eğitildiği yüksek okullardır. Üniversitelere bağlı bu yüksek okullardan başka SSYB'na bağlı ve meslekte başarılı hemşire ve sağlık memurlarına 3 yıl meslekî eğitim veren bir sağlık eğitim Enstitüsü vardır.

Zamanımızda hemşirelikte uzmanlaşma önem kazanmaktadır. Bu uzmanlık alanları arasında «Halk Sağlığı Hemşireliği» en önemli olanıdır. Bunlar koruyucu hekimlik hizmetinin temel direği ve ağır işçileridir. Görevleri arasında ebelik hizmeti de vardır. Ülkelerin pek çoğunda halk sağlığı hemşireliği eğitimi temel hemşirelik eğitiminden sonra 1-2 yıldır. Bazı ülkelerde ise Halk Sağlığı hemşireleri, klinik hemşirelerinden ayrı okullarda temel eğitim görürler.

Hemşirelikte diğer uzmanlık dalları ameliyathane hemşireliği, çocuk hemşireliği, doğum hemşireliği, psikiatri hemşireliği, yönetim gibi dallardır.

Hemşirelik Sorunları: Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde hemşire sayısının azlığı önemli bir sorundur. Bu nedenle hemşire

eğitimi çeşitli düzeylerde yapılmaktadır. Hemşireler arasında yüksek eğitim görmüş olanlar yanında ilkokulu bitirdikten sonra, kısa kurslarla hasta bakımı öğretilmiş kadınlar da vardır. Bunların bulunmadığı yerlerde ise hemşirelik hizmeti hastabakıcı adı verilen okuma - yazma dahi bilmeyen kadınların eline bırakılmıştır.

Ülkemizde hemşire sayısı azlığının çeşitli sebepleri vardır. Bunların en önemlisi geçmişte hemşire yetiştirilmesinin önem'e ele alınmamış olmasıdır. Uzun iş saati, düşük maaş, hastanede hemşirelerin yatacak ve dinlenecek yerlerinin uygun olmayışı, bazı hekimlerin hemşirelere muamele tarzının onur kırıcı oluşu, halk arasında hemşirelik itibarının az oluşu da ülkemizde hemşireliğin gelişmesini engellemekteidi. Dirican'ın yaptığı bir ankette hemşirelerin yüzde 13'ünün haftada 72 saat ve yüzde 30'unun da 60 saat çalıştırıldıkları anlaşılmıştır. Hemşirelerin meslek hayatlarının kısa sürmesi de bütün dünya ülkelerinde sağlık idarelerini zor duruma düşüren nedenlerdendir. Türkiye'de hemşirelerin yüzde 90'ı 40 yaşından önce mesleklerini bırakmaktadırlar.

Yardımcı sağlık personelinin yurt içinde dağılımına gelince dengeli olmamakla beraber hekimlerin dağılımına göre daha iyidir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda görev alan hemşire ve hemşire yardımcılarının ancak yüzde 30'u, Ankara, İstanbul ve İzmir illerindedir. (Tablo 21'de) görüldüğü gibi hemşirelerin büyük çoğunluğu SSYB'da çalışmaktadır.

Ebeler :

Ebelerin Görevleri : Ebelik, hekimlik kadar eski bir sanattır. Ebeler, toplumun benimsediği ve saydığı kişilerdir. Eskiden ebelik, anadan kıza geçen bir meslekti. Eğitim düzeyi yükselen toplumlarda ebeler de hemşireler gibi okullarda yetiştirilmeğe başlanmış ve eğitim görmemiş yerli ebelerin doğumlara karışması yasaklanmıştır. Doğum hekimliğinin gelişmesi ebelerin hizmetini daha da sınırlamış ve yalnız normal doğumlara yardımlarına izin verilmiştir. Buna karşılık gebe bakımı, lohusa bakımı, süt ve oyun çocuğu bakımı gibi hizmetler görevleri arasına girmiştir. Zamanımızda birçok ülkeler ebelik ve hemşirelik eğitimini birleştirerek ebe - hemşire yetiştirmeyi ve bunlara doğum klinik hemşireliği, evde doğum ve hasta bakım hemşireliği, ana - çocuk sağlığı hemşireliği görevi vermek yolunu seçmektedirler.

Ülkemizde de ebelerin görevleri doğuma yardımdan başlayarak, diğer ülkelerde olduğu gibi, genişlemiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun uygulanmasında sağlık evi ebelerine şu görevler verilmiştir:

* Gebelerin periodik muayenesi ve bakım,
* Doğuma yardım,
* Lohusaların bakımı,
* Çocukların periodik muayeneleri,
* Çocukların aşılanması ,
* Periodik muayenelerde hekimin görmesi gerektiği saptanan kadın ve çocukları hekime veya hastaneye sevk,
* Evde doğum yapması tehlikeli olan gebelerin zamanında hastaneye başvurmalarını sağlamak,
* Aile planlaması, ana ve çocuk sağlığı, beslenme ve diğer sağlık konularında kadınlara sağlık eğitimi yapmak,
* Ölüm, doğum ve göçleri sağlık ocağına bildirmek,
* Bulaşıcı hastalıkları sağlık ocağına bildirmek,
* Hasta takip ve tedavisinde hekimin verdiği diğer görevleri yapmak.

Bugün sağlık hizmetlerinde —özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerinde ebeler —daha doğru bir deyim ile halk sağlığı hemşireleri— en önemli olan personelden biridir. Örneğin; hekimi olmayan bir sağlık ocağı ne kadar verimsiz ise, ebeleri olmayan bir sağlık ocağı da o kadar verimsizdir. Halk Sağlığı hemşireliği yapan ebelere önem kazandıran bir husus da zamanımızda, gelişmiş ülkeler dahil, halk sağlığı hemşirelerine —geleneksel olarak hekimlere ait— yeni görevler verilmesidir. Bu hizmetler aile planlamasında uterus içi araç takma, sık görülen hastalıkların teşhis ve tedavisi gibi hizmetlerdir.

Eğitim: Türkiye'de ebe eğitimi 1848 yılında açılan ebe kursu ile başlar. İlk ebe okulu da İstanbul Tıp Fakültesi'ne bağlı olarak meşrutiyet döneminde kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde 1940'lara kadar başka okul açılmamıştır.

Ebe ihtiyacı köylerde fazla olduğu için Millî Eğitim Bakanlığı, köy enstitülerinde bir ebelik dalı kurmuştu. Bu bölüm köy enstitüleri ile beraber kapanmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1942 yılında iki köy ebe okulu açmıştır. Bu okullar başlangıçta ilkokul mezunu köy kızlarını alıyor ve 9 ayda ebe olarak yetiştiriyordu. Sonraları bu okullar 1.5 seneye çıkarıldı.

1961 yılında mezunlarına doğumevlerinde 9 - 18 ay süre ile teorik ve uygulamalı eğitim yaparak köy ebesi yetiştirme programı değiştirilmiş ve ilkokula dayalı üç yıllık düzenli bir program çerçevesinde okullarda teorik ve doğumevlerinde uygulamalı eğitime geçilmiştir.

1976 yılında ebe yetiştiren sağlık okullarının ilk eğitime dayalı 5 yıllık okullar olmasına karar verilmiş. 1979 yılında sağlık okulları ortaokula dayalı ebe - hemşire yetiştiren sağlık meslek liselerine dönüştürülmüştür. Ebe - hemşire okullarında öğrencilere doğum bilgisi yanında halk sağlığı hemşireliği —özellikle ana ve çocuk sağlığı hemşireliği— bilgileri de verilmektedir.

Ebelik Sorunları: Ülkemizde ebelik ile ilgili sorunların başında yeter sayıda ebe bulunmaması gelir.

Türkiye'de 1928 yılında, yürürlüğe giren Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (yani Sağlık Mesleklerinin Uygulanmasına Dair Kanun) özel bir eğitim görerek yetişmemiş (yani diplomasız) ebelerin doğuma yardım etmesini yasaklamış ve suç saymıştır. Ne kadar gariptir ki, bu Kanun çıktığı sıralarda Türkiye'de 347 diplomalı ebe vardı. Hükümet, bu kanun çıktıktan sonra dahi bu kanunun uygulanması için gerekli 50.000 ebeyi yetiştirmek için hemen hiç bir şey yapmamıştır. 1955 yılına kadar biri ortaokula, ikisi ilkokula dayalı üç ebe okulu vardı. Bu okulların her yıl verdiği mezun sayısı toplam olarak 40 civarında idi. Bu nedenle kanun yasağına rağmen, ülkemizde 30.000'den fazla yerli ebe vardı.

1961 yılında başlatılan hekim dışı sağlık personeli yetiştirme programı ebe sayısını birkaç binden 15.000'e çıkarmakla beraber sorun hâlâ çözülememiştir.

Sayısal sorun yanında okul mezunu ebelerin niteliği sorunu da vardır. Ebe - hemşire yetiştiren meslek liseleri öğrencilerinin okulda kazandıkları bilgi ve beceri, mezun olduktan sonra çalışacakları sağlık evlerinde halk sağlığı hizmetlerini yürütmeğe yetmemektedir.

Kırsal bölgede çalışan ebelerin önemli sorunları, denetilmemeleri, desteklenmemeleri, doğumevleri ve doğum klinikleri ile sıkı işbirliği yapamamalarıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun, iyi uygulandığı takdirde, bu sakıncalar ortadan kalkmaktadır. Sağlıkevi ebeleri, sağlık ocakları hizmetlerini yürüten ekibin üyesi olarak denetilmekte, eğitilmekte, desteklenmekte, hekim ve doğumevi ve doğum klinikleri ile işbirliği yapmaktadırlar.

Sağlıkevlerinde çalışan ebelerin en önemli sorunlarından biri de köy gezilerinde ulaşım güçlükleridir. Hükümetler bu soruna çözüm getirdikleri ölçüde Türkiye'nin sağlık düzeyinin yükseltilmesine —özellikle AÇS ve aile planlaması hizmetlerinin gelişmesine— katkıda bulunurlar.

Sağlık Memurları :

Sağlık hizmetlerinde hekim olmayan personel kullanmak, 1846 yılında Çiçek Aşısı işlerinde aşı memuru kullanma ile başlar. Abdülmecit'in sultanlığı sırasında da 1823 - 1861) «Küçük Sıhhiye Okulu», 1910 yılında da «Zabıta-i Sıhhiye Okulu» açılmıştır.

Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam, 1924 yılında küçük sıhhat memuru yetiştiren biri İstanbul'da diğeri Sivas'ta iki okul açmıştır. Sağlık Bakanlığı Teşkilât Kanununa göre, sağlık memurları merkez ve köylerde hastalıklardan korunma, bunlar ile savaş, sağlık ve sosyal yardım işlerinde hükümet hekimlerine yardım ile görevli olup hükümet hekimlerinden alacakları emirlere göre ve yönetmeliklerde yazılı şekilde hareket ederler. Kanundaki «emir ve yönetmeliklere göre» hizmet görme anlamı uygulamada o kadar genişlemiştir ki, sağlık memurları, okullarında hiç okumadıkları eczane teknisyenliği ve laboratuvar teknisyenliğinden istatistik memurluğu ve tıbbî sekreterliğe kadar her işi yapar olmuşlardır.

1961 yılında kabul edilen hekim dışı sağlık personeli yetiştirme programı ile sağlık memurları okulu yerine üç okul (Sağlık kolejleri, laborant okulu ve çevre teknisyen okulu açılmıştır. Sağlık memuru, hekim olmayan erkek sağlık personeline verilen isim olarak korunmuştur. Sağlık kolejlerinden mezun olan erkek öğrenciler hemşire ve özellikle halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinde çalıştırılmaktadırlar. Sağlık

ocaklarında çalışan sağlık memurları okul sağlığı, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi hizmetleri ile yükümlüdürler.

Sağlık Mühendisleri ve Çevre Sağlığı Teknisyenleri:

Çevredeki olumsuz fizik ve biolojok faktörlerin ortadan kaldırılması ve çevremizin olumlu hale getirilmesi sağlık mühendislerinin görevidir. Sağlık mühendislerinin görevleri arasında; suyun kirletilmemesinin sağlanması, su arıtma yapıtlarının işletilmesi ve kontrolu, lağım yapıtları ile lağım suyu arıtma istasyonlarının yapımı ve işletilmesi, çöplerin toplanması ve yok edilmesi, hava kirlenmesinin önlenmesi en önemli olanlarıdır. Sağlık mühendislerinin yardımcısı çevre sağlığı teknisyenleri (Sanitarian, Sanitary inspector) dir.

Hemen her ülkede mühendislik eğitiminde sağlık mühendisliği dersleri de verilir. Mühendisler lisans eğitiminden sonra özel eğitim görerek sağlık mühendisliği ihtisası da yaparlar.

Az gelişmiş ülkelerde bu alanda da personel sıkıntısı vardır. Ülkemizde teknik üniversitelerde sağlık mühendisliği eğitimi 1961'den sonra başlamıştır. Münhendislerimiz arasında yabancı ülkelerde sağlık mühendisliğinde ihtisas yapanlar varsa da bu alanda hizmet görenlerin sayısı çok azdır. Ülkemizde çevre sağlığı hizmetleri sağlık mühendisliği eğitimi görmemiş mühendislerin veya mühendislikten anlamayan hekimlerin sorumluluğundadır. Çevremizin daha olumlu hale getirilmesi yeter sayı ve nitelikte mühendisin bu konuda çalışmaları ile mümkündür.

Türkiye'de ilk çevre teknisyen okulu 1961'de kurulmuştur. Bundan önce, çevre sağlık hizmetleri okul sırasında sadece teorik ders görmüş sağlık memurlarına bırakılmakta idi.

Laboratuvar Uzmanları ve Teknisyenleri:

Türkiye'de sağlık hizmet uygulamaları gelişmiş ülkelerdeki ile kıyaslanırsa görülecek en büyük fark laboratuvar hizmetlerinin —birkaç büyük merkez hariç— gelişmemiş olduğudur. Zamanımızda laboratuvar hizmetleri yetersiz olan bir sağlık hizmeti uygulamasının ileri bir düzeyde uygulama olduğunu kabule imkân yoktur. Türkiye'de laboratu-

var hizmetlerinin gelişememesinin en önemli nedeni son yıllara kadar laboratuvar uzmanlarının sadece hekimlerden yetiştirilmesidir. Hekimler genellikle, laboratuvar uzmanı olmaktan hoşlanmaz. Bu nedenle ülkemizin muhtaç olduğu sayı ve nitelikte laboratuvar uzmanı yetiştirmek hiçbir zaman mümkün olamamıştır. Hacettepe Tıp Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin 1961 yılında Tıbbî Teknoloji Bölümü açması, Türk tıbbına yapılan en büyük katkılardan biridir. Ne yazık ki Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu okulu bitirenlere durumlarına uygun görev verememiş ve üniversite de bu okulu kapama zorunda kalmıştır.

Diğer Sağlık Meslekleri:

Sağlık hizmetlerini yürütebilmek için bu bölümün başlangıcında belirtildiği gibi daha birçok meslek mensuplarına lüzum vardır. Fizikoterapist, diyet uzmanı, psikoterapist, sağlık eğitimciliği bunlar arasında sayılabilir. Fizikoterapistler hekim olmamakla beraber hekimin tavsiye edeceği tedaviyi hekimden çok daha iyi uygularlar. Diyet uzmanları da aynı şekilde hekimin tavsiye edeceği diyet şekline göre hastanın yiyeceklerini hekimden daha doğru olarak saptar ve hazırlarlar. Ülkemizde fizik tedavi ve diyet konusunda eleman yetiştirmek üzere eğitime ilk defa Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde başlanmıştır.

Gelişmiş ülkelerde hastalıklarla savaş hizmetlerinde kullanılmak üzere kısa süreli kurslarda yetiştirilmiş personel kullanma zorunluğu vardır. Ülkemizde trahom ilaçlayıcısı, sıtma sürveyyans memuru, hasta takipçisi gibi personel bu gruba girer.

XIX. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN SORUNU

Finansman Kaynakları :

Çeşitli ülkelerde sağlık harcamaları başlıca dört kaynaktan karşılanmaktadır. Bu kaynaklar şunlardır :

1. Hükümetin Genel Bütçesi,
2. Zorunlu Sosyal Sigorta Fonları,
3. Özel Sigorta Şirketleri, Hayır Dernekleri ve Benzer Kuruluşlar,
4. Hizmet Karşılığı Kişi Tarafından Yapılan Ödemeler.

Dünya Sağlık Teşkilâtı'nın 1967'de yayınladığı bir araştırmaya göre finansman kaynaklarını kullanmakta ülkeler arasında büyük farklar vardır. Çekoslovakya ve İngiltere gibi ülkelerde harcamalar hemen tamamen hükümet tarafından Genel Bütçeden karşılanmaktadır. Buna karşılık Yugoslavya, Fransa, Hollanda, İsrail ve Amerika Birleşik Devletleri'nde genel bütçeden katkı nisbî olarak sınırlı bulunmaktadır. Ancak zorunlu sigorta ve genel bütçeden finansman aynı kategoride mütalâa edilirse —ki bu doğru bir yoldur— sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlığın kamu kaynaklarına verilmediği ülkelerin Amerika Birleşik Devletleri ve İsrail olduğu görülür. İsrail'de sağlık hizmetlerinin geniş ölçüde finanse edildiği kaynak işçi sendikalarının kurduğu sigorta olduğuna göre bunu da özel teşebbüs dışında saymak mümkündür.

Çeşitli ülkelerde özel sigortaların sağlık hizmetleri finansmanına katkılarına gelince; bu çok sınırlıdır. Özel sigortacılığın en gelişmiş olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde kişiye doğrudan yapılan sağlık hizmetleri harcamasının ancak dörtte biri bu sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde önemli finansman kayna-

ğı kişinin kendi yaptığı harcamadır. Bu nedenledir ki, Amerika Birleşik Devletleri'nde dar gelirli halk sağlık hizmetinden gerektiği şekilde yararlanamamakta idi. Amerika Birleşik Devletleri sağlığa en çok para harcayan ülke olmasına karşın sağlık standardı, Kuzey Avrupa ülkelerinden daha aşağı düzeyde bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri bu kötü durumu düzeltmek için 1964 yılında «Medicare» ve «Medicaid» programını kabul etmiş ve bu suretle hükümet tarafından finanse edilen sağlık hizmetinden yararlanan nüfusun oranı yüzde 33'e yükselmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinin de bu yolu seçmesi, gelirleri düşük ülkelerde sağlık hizmetinin özel sektör yolu ile geliştirilemeyeceğinin kanıtıdır.

Bu gözlemlerden bir sonuç çıkarmak istersek diyebiliriz ki; gelişmiş ülkelerde —siyasi rejim farkı olmaksızın— temel finansman kaynağı ya genel bütçe veya zorunlu sigorta fonudur. Bunun tek istisnası, Amerika Birleşik Devletleri'dir.

Sağlık harcamalarının genel bütçeden veya zorunlu sigortalar fonundan ödenmesi hususunda siyasî rejim farkları rol oynamamaktadır. Yugoslavya gibi sosyalist bir ülkede önemli kaynak zorunlu sigorta fonu olmasına karşılık; İngiltere gibi sosyalist olmayan bir ülkede zorunlu sigorta teşkilâtı kaldırılmıştır. Bu sistem farkları daha ziyade ülkelerin geleneklerine ve kanun yapan organlarının seçimine bağlı olmaktadır. Ancak, şuna da değinmek gerekir ki, aslında bu iki kaynak arasında fark yoktur. Çünkü, bu sigortalar hükümet kontrolu altındadır, kâr amacı yoktur ve halk sigorta primi ödemek zorundadır. Bu duruma göre zorunlu sağlık sigortası özel bir teşkilât aracılığı ile sağlık vergisi toplayan bir kamu kuruluşu olmaktadır.

Az gelişmiş ülkelere gelince bunlarda ne zorunlu ve ne de ihtiyarî sigorta kurumları gelişmiştir. 111 az gelişmiş ülkeden 46'sında hiçbir şekilde sağlık sigortası yoktur. Geri kalan 63 ülkeden 33'ünde bazı nüfus grupları için zorunlu sigorta sistemi, 27'sinde yalnız işverenin işçiye bakma zorunluğu ve 2'sinde de gönüllü sigorta kuruluşları vardır. Geri kalan 3 ülkede ise sağlık hizmeti devletin görevidir.

Az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları çoğunlukla ya hükümetin bütçesinden karşılanmakta veya halk kendine yapılan hizmetin ücretini ödemektedir.

Bu ülkelerde genel sağlık sigortası yapma olanağı yoktur. Çünkü sağlık insangücü ve tesisler sağlık hizmeti için prim ödemiş kişilerin tümüne hizmet sunmağa yetmez. Bazı nüfus gruplarına sağlık sigortası

yapmak, bir ölçüde bu grupların sorununu çözerse de, kısıtlı kaynakları bu gruplar daha geniş ölçüde kullanacağı için, sigorta dışı kalanlara yapılan hizmet daha sınırlı ve düşük düzeyde olur.

Türkiye'deki sağlık harcamasına gelince; halkın direkt harcaması ve çeşitli kamu kuruluşlarının harcamaları bilinmediğinden ülkemizdeki genel sağlık harcamasının ne olduğunu söylemek olanaksızdır. Bilinen sağlık harcamaları SSYB'nin ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun harcamaları ile yılda tüketilen ilaça harcanan paradır. İlaç harcaması içinde SSYB ve SSK'nin kullandığı ilaçlar da vardır. Bununla beraber, ayrıntısı aşağıda görüldüğü gibi, toplam sağlık harcaması 120 milyar liradan ve kişi başına harcamada 2660 liradan az olamaz.

	Toplam (Milyar TL.)	**Kişi Başına (TL.)**
SSYB 1981 cari harcama	61.6	—
SSK 1981 cari harcama	25.3	2035
İlaç tüketimi (1980 yılı)	32.8	726
Toplam	119.7	2660

Türkiye'deki finansman sistemine gelince, koruyucu hekimlik hizmetleri Devlet tarafından ödenir. Tedavi hizmetlerine gelince, bu hizmetin finansman kaynakları şunlardır:

* Kişi kendine yapılan hizmetin ücretini hekime ilaç parasını eczaneye öder.
* Kişi kendine yapılan hizmetin ücretinin bir kısmını hastanelerin döner sermayesine öder.
* İşçiler, aileleri ve işçi emeklileri sağlık sigortasına girme zorundadır. Bunlar hastalanınca hekim ve hastane hizmetini sigorta öder. İlaç harcamasının yüzde 20'sini hasta öder.
* Kamu sektöründe çalışan memurların ve ailelerinin her çeşit sağlık harcaması, çalıştıkları Bakanlık veya kurumun bütçesinden ödenir. Nisan 1983'den başlayarak ilaç harcamasının yüzde 20'sini hastalar ödeyecektir.
* Emekli memur ve ailelerinin her çeşit tedavi harcamasını Emekli Sandığı öder.
* Ordu mensupları, aileleri ve emeklilerinin sağlık harcamaları Millî Savunma Bakanlığı bütçesinden karşılanır.

* Personeline sağlık hizmeti veren özel sektör ve kamu iktisadi kuruluşları da vardır.

* Kamu kuruluşlarına bağlı sağlık tesisleri, bütçe yetersizliği nedeni ile, bu kuruluşları destekleyen derneklerden de malî yardım alırlar. Bu dernekler de halktan veya hastalardan bağış toplar.

Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Sigortalarının Gelişmesi:

Sağlık sigortasını ilk kuran ülke Almanya'dır. 19. yüzyılın son yarısında Almanya'da tüm sosyal sigorta kurulması fikri ortaya atılmış, konu 9 yıl tartışıldıktan ve çeşitli çıkar grupları birbirlerine ödün vermeyi kabul ettikten sonra kanunlaşabilmiştir. Bunun sonucu gerek halk ve gerek hekim yeni düzeni memnunlukla kabul etmiştir.

Almanya'nın kurduğu sosyal sigortanın özelliği zorunlu oluşu ve kişiye doğrudan yapılan sağlık hizmetinin işveren, işçi ve hükümet tarafından ödenen prim ve yardımlarla finanse edilmesidir. Sağlık hizmetinden yoksun halka hizmet götürme zorunluğunu hisseden diğer bir çok Avrupa ülkeleri de —zamanın siyasi görüşüne uygun olarak— Almanya'nın yolunu izlemişler ve zorunlu sigorta sistemini kabul etmişlerdir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sigortacılık özel şirketlerin elinde başlamış ve halen de bu şirketlerin elindedir. Bu şekilde başlayan sağlık sigortası zamanla gelişmiş ise de hiçbir zaman sağlık hizmetine muhtaç olan dar gelirlilere cevap verebilecek hale gelememiştir. Amerika'da sağlık sigortası yapan şirketler tamamen kâr amacı güden kuruluşlardır. A.B.D.'de sağlık sigortacılığını inceleyen Bodenheimer, sigortaların çogunun herkesten aynı primi aldığı, bazılarının primi hastalık riskine göre saptadığı —örneğin; gençlerden az prim aldığı, kronik hastalığı olanları sigorta etmediğini— toplanan paraların ticarî amaçlar ile kullanıldığını saptamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde işçi sendikaları, zorunlu sigorta teşkilâtı kurulması için 1910 yılından 1920 yılına kadar uğraşmışlardır. Özel sigorta kumpanayları, ilaç fabrikaları ve tabipler birliğinin karşı koyması ile bu teşebbüs başarısızlığa uğramıştır. 1933 yılında Amerika Birleşik Devletleri yeni bir «Sosyal Güvenlik Kanunu» üzerinde çalışmağa başlamıştı. Hükümet halkın sağlık güvenliğini de bu kanun

kapsamına almak için çalışmasına rağmen —Amerikan Tabipler Birliği'nin karşı koyması nedeniyle— kişiye doğrudan yapılan sağlık hizmetinin ücretinin zorunlu sigorta veya hükümet tarafından ödenmesi Amerika Birleşik Devletleri Kongresi tarafından kabul edilmemiş ve bu husus kanun metninden çıkarılarak 1935 yılında yürürlüğe girmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Kongresi ancak 1964 yılında kabul ettiği «Medicare» Kanunu ile dar gelirli Amerikalıların hastalandığı zaman ücretlerinin hükümet tarafından ödenmesini, Amerikan Tabipler Birliği'nin karşı koymasına rağmen, kabul etmiştir.

İkinci Dünya Harbi'ni takip eden yıllarda, sağlık hizmetine nail olmanın bir insan hakkı olarak kabul edilmesi gerek özel ve gerekse zorunlu sigortacılığı ikinci plana atmıştır. Ülkesinde zorunlu sigorta sistemini 1911 yılında kabul eden İngiltere bu düzeni bırakarak tamamen hükümet tarafından finanse edilen millî sağlık teşkilâtını kurmuştur. Diğer ülkelerde de aynı yönde değişmeler olmuş ve olmaktadır. Zorunlu sigorta kanunlarını değiştirmeyen bir çok ülke de, bunu hükümetin sağlık hizmetine tahsis edilmiş bir gelir kaynağı olarak kullanmağa devam etmiştir.

Türkiye'de zorunlu sosyal sigorta 1946 yılında işçi sigortalarının kurulması ile başlar. Hükümet kendi olanakları ile işçilere sağlık hizmeti veremiyeceğini gözönüne alarak sağlık sigortasını da sosyal sigortalar kapsamına almıştır. Türkiye'de kurulan sağlık sigortası diğer ülkelerden çok farklı olarak kendi sağlık teşkilâtını da kurmuş, sigortalıya hekim seçme hakkı tanımamış ve hastayı kendi gösterdiği hekim ve hastahaneye gitme zorunda bırakmıştır. Oysa ki sigortacılığın devlet hizmetinden en önemli farkı sigortalının hekimini ve hastahanesini seçme hakkı bulunmasıdır. Bu şekilde Türkiye'de sağlık sigortası kurulmuştur ve gelişmiştir denemez. Aslında hükümet, kendilerinden prim adı ile vergi topladığı bir kısım vatandaş için özel sağlık teşkilâtı kurmuştur demek doğru olur. Adalet Partisi Hükümeti sağlık sigortasının genelleştirilmesi konusunu özel bir komisyona inceletmiş ve 1969 yılında Büyük Millet Meclisi'ne sunduğu «Sağlık Sigortası Kurulması Hakkındaki Kanun Tasarısı» ile bu sistemi işçilerden sonra sırasıyla memur, hizmetliler ile ailelerine, esnaf ve küçük sanatkârlarla ailelerine, iş adamları ile serbest meslek mensupları ve ailelerine de uygulamayı teklif etmiştir. Bu tasarı kadük olmuştur. Bundan sonra 1971 tarihinde Ferit Melen hükümeti de Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne bir «Genel Sağlık Sigortası kanun tasarısı sevketmiştir. Bu teklif de kabul edilmemiştir. 1982 yılında Anayasa hazırlanırken Danışma Meclisi'nde Ana-

yasa taslağında genel sağlık sigortası kurulacağı hükmü konmuş ise de Millî Güvenlik Konseyi bunu «Genel Sağlık Sigortası kurulabilir» şeklinde değiştirmiş ve Anayasa bu biçimde kabul edilmiştir.

Sağlık Sigortasının Yarar ve Sakıncaları:

Sağlık sigortasını yaymanın yararlarını hükümet, halk ve hekim yönünden inceleyebiliriz:

* Zorunlu sağlık sigortası kurmanın hükümet yönünden yararı, ek bir finansman kaynağı bulmak ve yeni bir hizmet başlatarak bundan siyasi avantaj sağlamaktır.

* Soruna halk yönünden bakılırsa; sağlık sigortası kurulması tüm halkı ilgilendiren bir iş değildir. Hükümetin yaptığı sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yerlerde bir kısım vatandaş sigortalanarak daha iyi bir sağlık hizmetine nail olma imkânlarına kavuşurlar.

* Hekim yönüne gelince; uygulama Sosyal Sigortalar Kurumundaki gibi ise hekime büyük bir fayda sağlamaz, ancak şehirlerde iş bulma şansını arttırır. Şayet bazı yabancı ülkelerde olduğu gibi hasta hekimini seçmekte serbest olursa sigorta kurulmasından en çok hekimler yararlanır.

Sakıncalarına gelince; bunları halk, maliyet ve hizmet yönünden ele almak mümkündür:

* Sağlık insan gücü ve tesislerin yetersiz olduğu yerlerde sağlık sigortası kurmak bir kısım halkın sorununu çözse bile, büyük kitle prim ödemesine karşın eskisinden az ve düşük nitelikte hizmet alabilir.

* Hastalanan halk, parasını ödemiş olmanın verdiği hak ve tedavi masraflarını sigorta idaresinin ödeyeceği düşüncesi ile sigorta imkânlarını israftan kaçınmaz. Bunun sonucu sağlık hizmeti maliyeti hızla yükselir ve bu artış gelişmekte olan ülkelerin ekonomisine büyük bir yük olur. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun yılda sigortalı başına yalnız sağlık hizmeti için 2.000 TL. ödemesi ve buna rağmen sigortalıyı memnun edememesi bunun delilidir.

* Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek için tedavi edici ve koruyucu hizmetleri entegre etmek gereklidir. Kendi sağlık teşkilâtını kuran bir sağlık sigortası sonunda koruyucu hizmetle tedavi hizmetinin birbirinden tamamen ayrılmasına sebep olur ki, bu az gelişmiş ülkeler için büyük bir kayıptır.

XX. SAĞLIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Toplumun sağlık sorunlarının objektif ve sayısal olarak saptanması, sağlık plan ve programlarının yapılması ve değerlendirilmesi için ölçütler geliştirmek ve bu ölçütleri kullanmak en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu sorunun çözümü epidemiyolojik ve demografik ve istatistik bilim dallarında temel bilgi sahibi olmak gerekir.

Sağlık sorunlarının ve durumunun saptanması için gerekli veriler güncel (routin) istatistik kayıtlardan veya epidemiyolojik anket sonuçlarından elde edilir. Bu nedenle sağlık alanında çalışanların güncel istatistiklerin doğru ve eksiksiz toplanmasını titizlikle kovalamaları ve bu işi sürekli denetlemeleri gerekir. Bir klinikte hasta dosyası ne derece önemli ise bir toplumda da sağlık istatistik verileri aynı derecede önemlidir.

Epidemiyolojik anketlere gelince, hiç bir ülkede sağlık ile ilgili her sorunun yanıtını güncel istatistik verilerden elde etmek olası değildir. Bu nedenle toplumun sağlık sorunları ile ilgilenenler epidemiyolojik anket yöntemini bilmek ve kullanmak zorundadır. Bu yöntemin aşamaları örneklem anket yapma, anket uygulama, anketlerin doğruluğunu denetleme (editing ve kalite kontrolu), anket sonuçlarının analiz ve değerlendirmedir.

Demografi (Nüfus bilim) insan nüfusunu büyüklüğü, nitelikleri ve gelişmesi açısından inceleyen bilim dalıdır. İncelediği konular sayısal olarak doğurganlık (fertility), ölümlülük (mortality) göçler (migratoin) evlilik (nuptialitiy) ve bunları etkileyen kültürel, sosyal ve ekonomik ögelerdir. Bu alanlarda demografik veriler nüfus sayımlarından (population census), nüfus kayıtlarından (birth, death and marriage registration) ve nüfus araştırmalarından (population surveys) elde edilir. Bu nedenle

toplumun sağlık sorunları ile ilgilenenler demografi ve demografik veri kaynaklarını iyi bilme zorundadırlar.

Sağlık sorunlarını ve düzeyini saptamak için kullanılan ölçütler aşağıdaki dört grupta toplanır.

ÖLÜMLÜLÜK İLE İLGİLİ VERİLER

Bebek Ölüm Hızı: İnsanoğlu en çok bebek yaşında çevresel faktörlere, bakıma ve hastalandığı zaman tıbbî bakıma duyarlıdır. Bu nedenle bebek ölüm hızları ile ülke veya bölgelerin sağlık düzeyleri ölçülebilir ve zaman boyutu içinde sağlığın gelişmesi incelenebilir. Bebek ölüm hızı, sağlık düzeyini ölçmede, genellikle, en iyi ölçüt olarak kabul edilir. Ancak bazı ülkelerde, örneğin Türkiye'de, çocuk sağlık düzeyi ile yetişkinlerin sağlık düzeyi arasında büyük fark vardır. Bu nedenle bebek ölüm hızı ile yapılan kıyaslamaları diğer ölçütler ile özellikle beklenen yaşam süresi ile, yapılan kıyaslamalar ile kontrol etmelidir.

Bebek ölüm hızı ile yapılan yorumların bir diğer sakıncası da neo-natal ölümler ile post-neonatal ölümler arasındaki ilişkinin sıkı olmamasıdır. Bunun nedeni neonatal ve post-neonatal ölüm nedenlerinin farklı oluşudur. Neonatal ölümler büyük ölçüde ana sağlık düzeyine bağımlıdır ve ölüm nedenlerinin başında düşük doğum ağırlığı, malformasyonlar, doğum travmaları ve sepsis gelir. Post neonatal ölümler ise daha çok çevresel faktörlere bağımlıdır. Örneğin; Türkiye'de en sık görülen post-neonatal ölümler pnömoni, diare beslenme yetersizliği ve diğer infeksiyon hastalıklarıdır. Bu nedenle çocuk sağlığı düzeyi ile ilgili çalışmalarda neonatal ve post-neonatal ölüm hızlarını birbirinden ayrı olarak incelemek gerekir.

Beklenen Yaşam Süresi: Sağlık düzeyi konusunda en doğru fikri verecek ölçütlerden biri değişik yaşlarda —örneğin; doğuşta 5, 45, 65 yaşlarında— beklenen ortalama yaşam süresidir. Bu ölçütün değerli oluşunun nedeni bulunan süreyi ileri yaşlardaki ölümlerin de etkilemesidir. Beklenen yaşam, bir başka deyişle ortalama yaşam, süresini demograflar yaşa özel ölüm hızlarına dayanarak hesaplarlar.

Yaşa ve Cinse Özel Ölüm Hızları: Hesaplanmasının kolay olması ve belirli yaş ve cinse özel bilgi vermesi nedeni ile değerli ölçütlerden biridir. Ancak bulunan verilerin değerlendirilebilmesi için bir referans

ülkeye, bölgeye veya yıla göre standardize edilmesi gerekir. Referans ülke olarak, genellikle, sağlık düzeyi en yüksek olan İsveç kullanılır.

Yaşa ve cinse özel standardize ölüm hızı hesaplamak için her yaş ve cins grubunda o ülkeye ve İsveç'e ait özel ölüm hızları hesaplanır. Söz konusu ülkeye ait belli bir yaş veya cins grubu için bulunan hız İsveç için aynı yaş ve cins grubunda bulunan hıza bölünür. Örneğin bebekler için Türkiye'de standardize hız şöyle hesaplanır : Türkiye'de bebeklerde özel ölüm hızı 150, İsveç'te 10 ise standardize özel ölüm hızı Türkiye'de bebeklerde 15'tir.

ANA ve ÇOCUK SAĞLIĞI ÖLÇÜTLERİ

Çocuk Sağlığı : Çocuk sağlığının düzeyini ve bu alandaki gelişmeleri en iyi gösteren ölçüt bebek ölüm hızı, neonatal ve post-neonatal ölüm hızlarıdır. Bunların yanında tek yaşlara ait özel ölüm hızları ve ölüm nedenleri de sorunları ortaya çıkarmak için kullanılır. Türkiye için kalori - protein ve demir yetersizliği önemli bir çocuk sağlığı sorunu olduğu için çocuk sağlığı düzeyini saptamak için yaşa özel malnutrüsyon hızı ve anemi prevelans hızı da çocuk sağlık düzeyini yansıtır.

Ana Ölüm Hızı : Teorik olarak ana sağlık düzeyini yansıtan en iyi ölçüt ana ölüm hızıdır. Bu ölçüt ile ilgili iki sorun vardır. Bunlardan biri ana ölümünün tanımlamasında ülkeler arasında farklar oluşudur. Dünya sağlık örgütü, gebelik doğum ve lohusalık döneminde gebelik ve doğum nedeni ile olan ölümleri ana ölümü olarak tanımlar. A.B.D.'de gebelik, doğum ve lohusalık süresindeki tüm ölümler ana ölümü sayılır. Bu nedenle ana ölümleri incelenirken tanıma dikkat etmek gerekir. Diğer sorun, ana ölüm sayısının azlığıdır. Ana ölüm hızına güvenebilmek için hızın hesaplanmasında kullanılan ölüm sayısının en az 20 - 30 olması gerekir.

Perinatal Ölüm Hızı : Erken neonatal ve ölü doğumların hemen tümü fetus ve yeni doğan ile ilgili olmakla beraber temel neden ana sağlığı ile ilgili bir olgudur. Yapılan araştırmalar ana ölüm hızı ile Perinatal ölüm hızı arasında sıkı bir ilişki olduğunu da göstermektedir. Perinatal ölümler, genellikle, çok olduğu için bu hız ana sağlık düzeyi hakkında ana ölüm hızından daha geçerli bilgi verir. Ancak ölü doğumların kayıt edilmediği yerlerde bu hız hesaplanamaz.

Diğer Ana Sağlığı Ölçütleri: Ana ölümleri, perinatal ölümler ve doğumların saptanamadığı hallerde ana sağlık düzeyini ölçmek için cinsiyet oranı (kadın ve erkeklerde 15 - 44 yaşa özel ölüm hızları arasındaki oran), eklampsi insidans hızı, anemi prevelans hızı ana sağlık düzeyini saptamak için kullanılmıştır.

Doğurganlık hızı, çocuk düşürme hızı, düşük doğum ağırlığı hızı, gebeliği önleyici yöntem kullanma hızı da dolaylı olarak ana sağlığı konusunda fikir verir.

Ana çocuk sağlığı düzeyini saptamak için kullanılan ölçütlerin kıyaslanması için XX. bölüme bakınız.

İNFEKSİYON ve BESLENME HASTALIKLARI

İnfeksiyon ve beslenme hastalıkları korunması ve tedavisi en kolay olan hastalıklardır. Bu nedenle sağlık düzeyi yüksek olan ülkelerde bu hastalıkların bazıları hiç görülmez, bazıları da ölümlere neden olmaz. Bu konuda kullanılan ölçütlerden biri ilk on ölüm nedeni arasına infeksiyon ve beslenme hastalıklarının girip girmediğidir. Ölüm nedenleri listesi temel yaş gruplarına göre yapılırsa durumu değerlendirme daha kolay olur (Örnek olarak; XXI. bölüme bakınız). Bunun yanında oransal bulaşıcı hastalık ölüm hızı (yüz ölümden kaçının bulaşıcı hastalık ölümü olduğu) ve bulaşıcı hastalık morbidite hızları da kullanılabilir.

Uluslararası karantinaya tabi 6 hastalık (veba, kolera, çiçek, epidemik tifüs, geri tepen humma ve sarı humma) ile sıtma her ülke tarafından kontrolü beklenen hastalıklardır. Diğer hastalıklara gelince, bunlar içinde sağlık düzeyi indikatörü olma yönünden önemli olanlar boğmaca, difteri, tetanos, poliomyelit ve kızamıktır. Bir yerde bu hastalıkların görülmesi sağlık örgütünün görevini iyi yapamadığının kanıtıdır.

Su ve besin ile bulaşan hastalıklara gelince bunların önlenmesi ülkenin ekonomik gücüne, teknik personel sayısına ve halkın kültürüne bağlıdır. Bunlardan bir kısmını —örneğin infeksiyöz hepatiti— sağlık düzeyi en yüksek olan ülkeler de önleyememektedir.

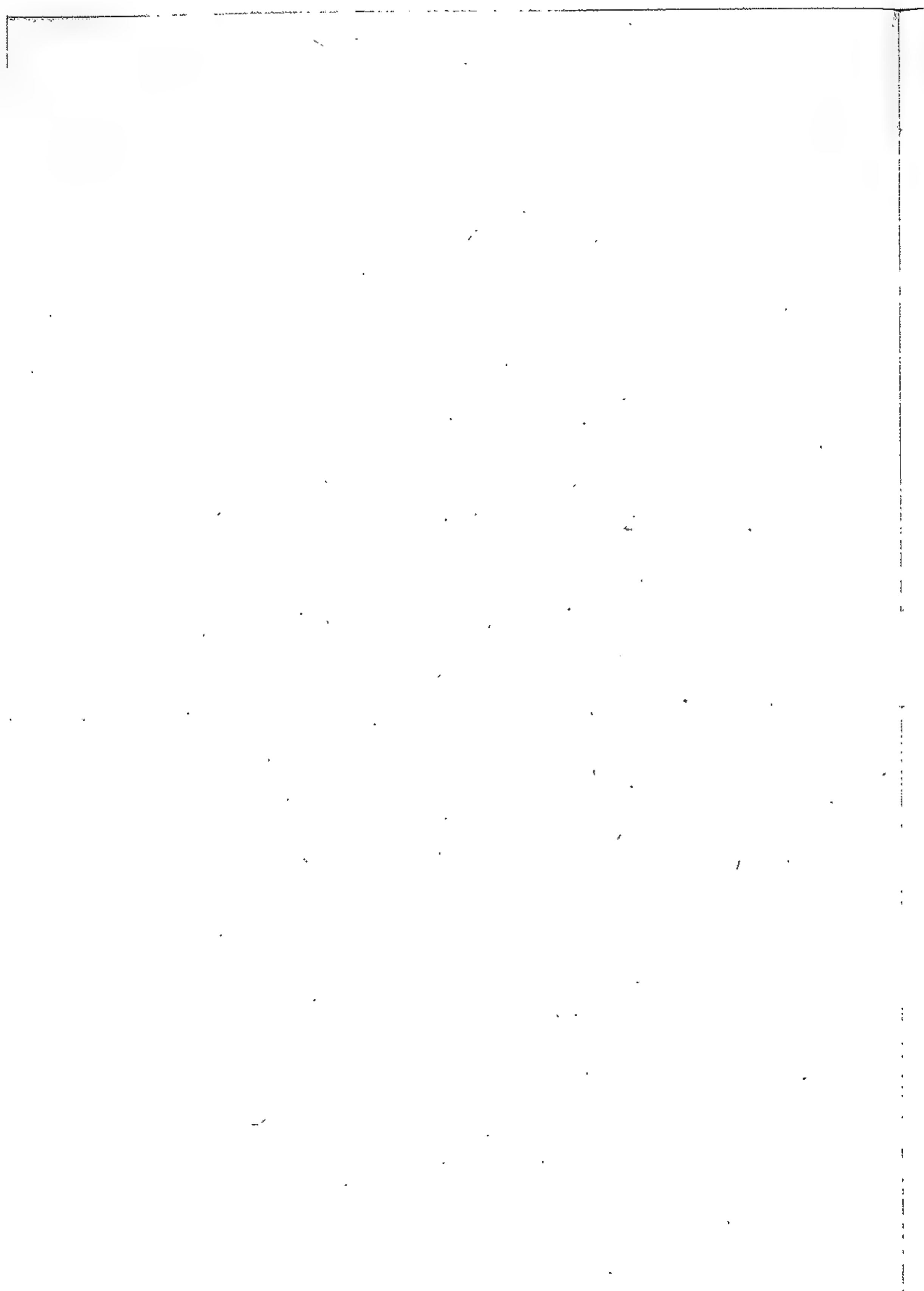
HASTALIK İSTATİSTİKLERİ

Hiçbir ülkede morbidite istatistikleri tam olarak tutulmaz ve yayınlanmaz. İngiltere'de 3000 kişilik bir örnekte, örneğe çıkan kişilere ait morbidite verileri toplanır ve yayınlanır.

Bazı ülkeler tüberküloz, kanser, diyabet gibi önemli hastalıklar için merkezî kayıt sistemi geliştirmişler ve bu hastalıklara ait morbidite ve mortalite verilerini yayınlarlar. Bu kayıtlara dayanarak hayatta kalma süreleri de hesaplanır. Hayat süresi saptamada iki ölçüt kullanılır. Bunlardan biri hastalığın teşhisinden 5 veya 10 yıl sonra hayatta kalanların oranı (survival rate) veya teşhisten sonra beklenen yaşam süresidir.

DÖRDÜNCÜ KİTAP

TÜRKİYE'DE ve DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ



XXI. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

SELÇUKLULARDA SAĞLIK HİZMETİ

Kayseri'de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi, Selçukluların Anadolu'da kurdukları ilk sağlık tesisidir. Anadolu Türkleri 13. yüzyılda Kayseri'den sonra Sivas, Divriği, Konya, Çankırı, Kastamonu, Konya - Aksarayı, Akşehir, Mardin, Erzurum, Erzincan ve Amasya'da hastaneler kurmuşlardır. Bu hastanelerde hem hasta tedavi edilir ve hem de usta - çırak usulü ile hekim yetiştirilirdi. 13. yüzyıl ve onu takip eden sürede sultanlar, beyler veya zenginlerin vakıf olarak hastane, nekahathane, cüzzamlı yurdu, körler yurdu gibi yüzlerce sağlık tesisi kurmuşlardır. Hükümdarlar ve beyler hekim yetiştirmeye çaba harcamışlar, yabancı ülkelerden en iyi hekimleri Anadolu'ya getirmişler, hekim geçinenler ile savaşmışlar, hekim ve hastaneleri denetlemişlerdir.

OSMANLI İMPARATORLUĞU'NDA SAĞLIK HİZMETİ

Genel Yönetimin Örgütlenmesi:

Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Yönetimini incelemeden önce genel yönetim örgütünden kısaca söz etmek gerekir. Osmanlı İmparatorluğu'nda örgütlenme 1826 yılından önce ve sonra birbirinden farklıdır.

1826'dan önce genel yönetimin merkez ve eyaletler örgütleri vardı. Merkez örgütü Divan-ı Hümeyun'dur. Bu Divan, zamanımızdaki Bakanlar Kuruluna eşdeğerdedir. İmparatorluk, Rumeli ve Anadolu eyaletlerine ayrılmıştı. Eyaletten sonra gelen birimler sancaklar, kazalar (ilçe),

nahiyeler (bucak) ve köylerdi. Eyalet, Beylerbeyi ile Sancak Beylerinin askerlik yönünden önemleri vardı. Şehir ve kasabalar ile ilçelerin yönetiminden yargı ve yönetim yetkisini elinde tutan kadılar sorumlu idi.

Kadıların yürütmekle sorumlu olduğu işlerde çalışan çeşitli görevliler vardı. Asayiş işleri Subaşlarının, belediye hizmetleri İhtibas Ağaları ve bunların yanındaki Koloğlanlarının, çöp toplama işi Çöpçübaşılarının, binalar Mimarbaşıların, pazar yerleri Pazarbaşıların, köy işleri Köy Kethudalarının görevi idi.

Osmanlı İmparatorluğu'nun bir İslâm devleti olduğu, dinî esaslara ve özellikle Hanefi fıkhı ilkelerine göre yönetildiği hatırlanırsa yönetimin Kadılara bırakılması nedeni anlaşılır. İmparatorlukta birçok nedenler ile en önemli kişi Şeyh-ül İslâm idi. Çünkü kadıları o atar ve önemli kararlarda ondan fetva alınması zorunluğu vardı. Şeyh-ül İslâmların nüfuzu gün geçtikçe artmış, XVI. yüzyıl sonlarına doğru, sağlık konuları dahil, her konuda fetvaya başvurulmuştur. İslâmiyetin koyduğu ceza ve hukuk kuralları dışındaki konularda da işler sultanların fermanlarına göre yürütülürdü.

1826 yılında II. Mahmut, yaptığı birçok değişiklikler arasında yönetimde de değişiklikler yaptı. Kadıların yönetim görevlerine son verildi. Eyaletleri küçülterek bunların yerine 35 vilayet kuruldu. Vilayetlere vezir rütbesinde valiler atandı. Vilayetler Mutasarrıflar tarafından yönetilen livalara, livalar kazalara (ilçe), kazalar nahiyelere (bucak) bölündü. Köylerde muhtarlıklar kuruldu. Tanzimat döneminde İmparatorlukta 142 liva ve 1320 ilçe vardı.

1826 yılında belediye hizmetlerinin yürütülmesinde de değişiklikler yapılmış, İhtisap Ağaları, İhtisap Nazırı yapılmış ve tüm belediye hizmetlerinden sorumlu olmuştur. Bugünkü anlamda ilk belediye örgütü 1855'de İstanbul'da kurulmuştur. Diğer şehir ve kasabalarda belediyeler 1870 yılında çıkarılan bir tüzük çerçevesinde kurulmağa başlanmıştır. İlk Belediye Kanunu da 1877 yılında yürürlüğe girmiştir.

Hekimbaşılık :

Hekimbaşıların tüm ülkenin sağlık hizmetlerinden sorumlu oluşu Şehsuvaroğlu'na göre II. Murat devrinde Sinaneddin Efendi ile başlar. Akyay kanıtlayıcı belgelere dayanarak bunun Fatih Sultan Mehmet döneminde başladığını yazmaktadır.

1469 yılında Fatih Sultan Mehmet, Hekimbaşılarına saraydaki hizmetleri yanında tüm ülkenin sağlık hizmetini yönetme sorumluluğunu da verdi. 1849 yılına kadar 380 yıl süren Hekimbaşılık döneminde 46 Hekimbaşı hizmet görmüştür. İlk Hekimbaşı Kutbeddin ve son Hekimbaşı II. Mahmut döneminde Aptülhak Molla'dır.

Bu dönemde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ve Dar-üş-şifa denen vakıf hastaneleri tarafından yürütülürdü. Hekimbaşıların görevleri şunlardı:

* Hastane hekimlerini atama, yer değiştirme ,yükseltme ve görevden alma.
* Hastane mütevelli heyeti tarafından önerilen hekim dışı personelin atamalarını kabul veya red etme.
* Gereken yerlerde hastane açtırma.
* Gerektiğinde hekimlerin sınavını yapma ve ehliyetsiz olanları meslek uygulamasından yasaklama.
* Hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni verme.
* Harp halinde ordu hekimbaşılığı yapma.
* Ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini satın alma ve koruma.
* Salgın hastalıklar ile savaş.

Hekimbaşılar, görevlerini yerine getirmek için ferman (padişah emri) hazırlar ve bunu sadrazama sunarlardı. Gerekli hallerde Şeyh-ül-islâmdan fetva alındıktan sonra ferman padişahın onayına sunulurdu. Onaylanan fermanlar onu uygulama ile sorumlu kişiye gönderilirdi.

Sağlık Yönetiminde 1950 - 1920 Dönemi :

1849 yılında hekimbaşılığın kaldırılmasından sonra hekimbaşının yetkileri 1950 yılında kurulan Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine (Tıp Okulu Bakanlığı) aktarılmıştır.

1862 yılında Tıp meslekleri uygulaması için bir tüzük çıkarılmıştır. Bu tüzük ile hekimlik yapabilmek için İstanbul'daki veya yabancı ülkelerdeki tıp okullarından diploma almış olma ve diplomaların tescil ettirilmesi zorunluğu getirilmiştir. Tıp okulunu bitirmemiş hekim ve cer-

rahlar için de geçici hükümler kabul edilmiştir. Aynı tüzükte ebelerin doğumda alet kullanamayacağı ve ergot deriveleri zerk edemiyecekleri hükmü vardır.

1870 yılında çıkarılan bir tüzükle Tıp Okulu Bakanlığına bağlı Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Bakanlığı) kuruldu. Bu Bakanlıkta hizmetler, 6 üyesi hekim olan bir kurul tarafından yürütülürdü. Bu kurulun görevleri hekimlerin diplomalarının onanması ve tescili, özlük işleri (atama, yer değiştirme, yükseltme, görevden alma) muayenehane ve eczanelerin açılması ve bulaşıcı hastalıklar ile savaş idi.

1871 yılında Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü yürürlüğe konmuştur. Bu tüzük ile ilçelerde memleket tabiplikleri (memleket hekimlikleri) ve iller ile livalarda sıhhiye müfettişlikleri (sağlık müfettişlikleri) kurulmuştur. Bu tüzük, yurt içinde sağlık hizmetlerini hükümet eli ile etkili bir şekilde yürütmek için örgütlenmede atılan ilk adım olması bakımından önem taşır. Her tıp fakültesi mezununun iki yıl süre ile memleket hekimi olma zorunluluğu vardı. Memleket hekimleri Sivil Tıp İşleri Bakanlığı ile doğrudan yazışırlardı. Memleket hekimlerinin görevleri arasında bulaşıcı hastalıklar ile savaş, aşı uygulama, zengin ve fakir ayırt etmeden hasta bakma, bölgelerindeki hastane ve eczaneleri denetleme, adlî tıp hizmeti vardır.

Memleket hekimleri aşı ve hasta tedavi hizmetlerinden dolayı ücret alamazlardı. Memleket hekimlerinin aylıkları 6 altın liradan başlar 12 altın liraya kadar yükselirdi. Sağlık müfettişlerinin aylığı 20 altın lira idi. Hastadan para aldığı saptanan hekimin görevine son verilirdi.

Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdürüyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne) verilmiştir. İlk Genel Müdür Dr. Besim Ömer Paşa'dır. Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Advar ve Dr. Aptullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdendir.

T.B.M.M. HÜKÜMETİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinde Sağlık Hizmetlerini yönetmek görevi 3 Mayıs 1920'de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu atama

Mustafa Kemal Paşa ve arkadaşlarının halk sağlığına ne kadar çok önem verdiklerinin bir kanıtıdır.

TÜRKİYE CUMHURİYETİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Refik Saydam Dönemi:

Cumhuriyet Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam'dır. O, kısa bir aralık hariç, 25 Ekim 1937'ye kadar 14 yıl Bakanlık yapmıştır. Refik Saydam, Türk sağlık hizmetlerinin gelişmesinde en büyük etkisi olan bir Bakandır. Bu nedenle Refik Saydam'ın politikasının bilinmesi gereklidir. Onun sağlık politikası ilke, örgütlenme ve insan gücü sorunları bakımından incelenebilir:

İlkeler: Refik Saydam'ın 1935 yılında Hıfzıssıhha Okulu'nun açılışında verdiği söylevde «Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarfedecektir» demiştir. Refik Saydam, uygulamada koruyucu hekimlik hizmetlerine daima büyük önem vermiş hasta tedavi hizmetini hiçbir zaman hükümet görevi olarak ele almamıştır. Bu konuda daha ziyade mahallî idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiştir. Bu maksatla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına bağlı numune hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmak için teşvik etmiştir.

Refik Saydam'ın bu politikası Birinci Dünya Harbini takip eden yıllarda sağlık idaresinde dünya ölçüsünde bilimsel ve ilerici bir görüştü. Refik Saydam, köylerde hasta tedavi hizmetini örgütlemek için belirli bir çaba harcamamasına karşılık sıtma, trahom, frengi ve salgın yapan bulaşıcı hastalıklarla savaşı en uzak köylere kadar götürmek için her imkânı kullanmıştır. O zamanlar, tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir elden yürütülmesi (integration) hiçbir ülkede düşünülmemiş olduğu için Cumhuriyetin ilânını takip eden yıllarda da sağlık hizmetlerinde bu şekil uygulamaya rastlamıyoruz.

Sağlık İnsan Gücü: Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yeter sayı ve nitelikte sağlık personeline sahip olmakla mümkündür. Cumhuriyetin kuruluş döneminde sağlık hizmetlerini geliştirme çabalarında karşılaşılan en büyük zorluk bütçe yetersizliğinden çok yeter sayıda hekim, hemşire ve ebe bulunmamasıdır. Refik Saydam, hekim ihtiyacını karşı-

lamak için Tıp Fakültesi mezunlarına mecburi hizmet usulünü koymuş ve tıp talebe yurdunu açmıştır. Tıp talebe yurdu, hekim ihtiyacını karşılamada çok etkili olmuştur. O devirde hekimlerin yabancı ülkeye çalışmak için gitme olanakları çok sınırlı olduğundan Türkiye'de hekim sayısı hızla yükselmiştir. Refik Saydam, hükümet tabiplerinin hizmetlerine yardım ile görevli sağlık memurlarının yetiştirilmesine de önem vermiş, hemşire ve ebe yetiştirilmesine gereken önmi vermemiştir. Refik Saydam'ın hekim yetiştirme politikası etkili ise de sağlık hizmetlerinin özellikle koruyucu hizmetlerin yükünü taşıyan ebe ve hemşire gibi kadın sağlık personelinin yetiştirilmesini ciddi olarak ele almaması büyük bir noksandır.

Refik Saydam'ın sağlık insangücü politikasının en önemli ve değerli bir yönü, kamu sektöründe çalışacak sağlık personelinin atama, terfi ve cezalandırılması işini bir elde, Sağlık Bakanlığında toplamasıdır. Refik Saydam bu politikası ile Sağlık Bakanlığını fiilî olarak hizmeti yürüten kurum yapmıştır. Özel idareler bir kısım yapıt inşasını ve hizmetleri finanse eden kurumlar haline gelmiştir.

İnsangücü politikasında ücret sorunu önemli bir faktördür. Refik Saydam, hekimlere memurlar gibi maaş ödenmesi, buna karşın hekimlerin hükümet için yapmakla yükümlü oldukları işler dışındaki zamanda hasta bakıp para kazanmakta serbest bırakılma ilkesini kabul etmiştir. Refik Saydam'ın bunu iyi bir usul olarak tercih ettiği düşünülemez. Çünkü o, önemli saydığı sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla savaşta ve Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü gibi hizmetlerde çalışan hekimlere serbest hekim olarak kazanabilecekleri parayı, hattâ daha fazlasını ücret olarak vermiştir.

Koruyucu hekimlik ile tedavi hekimliği arasında insangücü dengesini sağlıyabilmek için, Refik Saydam'ın başvurduğu usullerden biri de hastanelerde çalışan hekimlere yüksek maaş kadrosu verilmemesi idi. Devletten fazla maaş almak isteyenler Sağlık Müdürü olmak, koruyucu hizmetlere geçmek, Bakanlık merkez teşkilâtında görev almak zorunda idi. Bu suretle koruyucu hekimlik hizmetleri tecrübeli, bilgili ve yetenekli birçok hekim kazanıyordu. Refik Saydam'dan sonra gelen Bakanlar, insangücü politikasının yürütülmesinde onun kadar başarılı olamamışlar; para kıymetinin düşmesine paralel olarak koruyucu hizmetlerde çalışan hekim ücretlerini yükseltememişler, hastane mütehassıslarının tazyikine dayanamıyarak onların maaşlarını koruyucu hizmette çalışanların maaşından üstün düzeye çıkarmışlardır. Bunun sonucu olarak Refik Say-

dam'dan sonra koruyucu hizmetler ve sağlık idaresi gelişmemiş, duraklamış ve gerilemiştir.

Örgütlenme Politikası: Refik Saydam sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde Hükümet Tabipliği -Sağlık Müdürlüğü örgütünü temel birim olarak kabul etmiştir. Bunun yanında sıtma, frengi, trahom gibi önemli sorunların kısa zaman çözümlenmesi için sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında (sıtma savaş teşkilâtı gibi) örgütler kurmuştur. Bu çeşit bir tek görevli örgütlenme modern sağlık yönetimi ilkelerine uymaz. Yalnız, Cumhuriyetin kuruluş döneminde sağlık insangücü durumu ve bazı bulaşıcı hastalıkların süratle kontrol altına alınması gereği böyle bir örgütlenmeyi o dönem için haklı gösterir.

Hükümet tabipliği çok çeşitli görevi olan bir hizmettir. Hükümet tabiplerinin görevlerinden en önemli olanları bulaşıcı hastalıklarla savaş, adlî tabiplik, genel idare ile ilgili işler ve fakir hastaların parasız muayenesidir. Hükümet tabiplerinin resmî görevleri yanında özel muayenehane açma ve bulundukları yerde eczane yoksa ilaç satma hakkı da vardı. Hükümet tabipliği, hekimler arasında sevilen bir görev olmamıştır. Bunun nedenleri arasında önemli olanlar, toplumun ve fakültelerdeki eğitimin hekimleri uzman olmağa koşullandırması, verilmiş olan olanaklar ile görevlerin istenen düzeyde yapılamaması ve küçük yerlerde zaman zaman rast gelinen bürokratlar arasi ilişkilerdeki uyumsuzluktur.

1937 - 1949 Dönemi:

Bu dönemde en önemli olgu İkinci Dünya Savaşında, Türkiye harbe girmemekle beraber sağlık durumunun bozulmasıdır. Bu dönemde sıtma, epidemik tifüs ve çiçek büyük salgınlar yapmıştır. 1945 yılında sıtma ile savaş için yeni bir kanun «Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu» çıkarılma zorunluğu doğmuştur. Bir yandan salgınlar ve bir yandan da beslenme koşullarının bozulması ölümlülük düzeyini arttırmıştır.

Bu dönemde ikinci önemli olgu 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasıdır. Bu kanunla Kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. Bu hüküm 1952 yılında uygulanmağa başlanmıştır.

1946 - 1947 yıllarında, Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı zamanında ülkemizde sağlık idaresinde, ileri memleketlerdeki gelişmelere paralel olarak, Refik Saydam'ın koyduğu esaslardan farklı bir yola girmeğe teşebbüs edilmiştir. Hazırlanan plana göre her kırk köy için (yaklaşık olarak 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulacaktır. Her sağlık merkezinde âcil vakalar için 10 hasta yatağı, iki hekim ve tedavi hizmeti ile koruyucu hizmetleri beraber yürütebilmek için onbir yardımcı sağlık personeli bulunacaktır. Bu planda modern sağlık idaresinin temel prensiplerinden olan tedavi ve koruyucu hizmetlerin, aynı örgüte verilmesini (integration), ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması görüşünün kabul edildiğini görüyoruz. Açıkça belirtilmemekle beraber bu planda sosyal tıp prensiplerinin fikir olarak kısmen kabul edildiği de görülmektedir. Bu planda, Refik Saydam zamanında genellikle şehirli ve kasabalıya inhisar eden ve köylünün sınırlı ölçüde faydalanabildiği tedavi hizmetinin, örgütlenmiş olarak köye götürülmesi öngörülmüştür.

Behçet Uz'dan sonra gelen Bakanlar bu planı uygulayamamışlar ve yetersizliklerini de planı hayalî bulmakla örtmeğe çalışmışlardır. Bu plan, ilçe merkezlerinde 10 yataklı sağlık merkezlerinin inşaası programı haline getirilmiştir. Binalar yapılmış ancak yapılan binaların çoğu boş kalmıştır.

1945 yılında kurulan İşçi Sigortaları Kurumunun 1952 yılından sonra işçilere sağlık hizmeti vermeğe başlaması büyük bir atılım olmakla beraber, sigortanın sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gerekirken sağlık teşkilâtı ve hastaneler kurmasına müsaade edilmesi hatalı bir harekettir. Özellikle, Refik Saydam'ın kamu sektöründe çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinin tayin hakkının Sağlık Bakanlığına ait olması prensibi bir yana itilerek sigorta hastanelerine hekim tayininin bu kuruma bırakılması sektörler arası personel dağılımını olumsuz etkilemiştir.

1950 - 1960 Dönemi :

Demokrat Partinin iktidarda olduğu dönemde sağlık idaresinde Refik Saydam'ın koyduğu prensiplerde önemli bir değişiklik yapılmıştır. Bu önemli değişiklik 1953 yılında özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesidir. Bu, hasta tedavisi hizmet standardının yük-

seltilmesine, her il halkına eşit imkân sağlanmasına, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada (integration) yürütülmesine imkân sağlamak bakımından ilerici ve yerinde bir karardı.

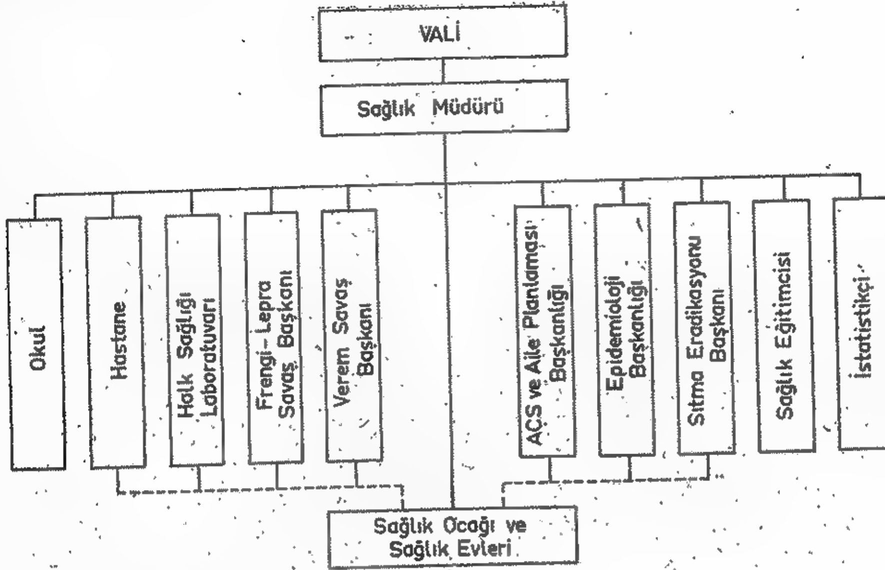
1950 - 1960 yıllarında hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiş, koruyucu hizmetler gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin geliştirilmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personeli yetiştirilmesi için gerekli çalışmalar da yapılmadığından hasta bakım hizmeti gelişmemiştir.

1960 Yılı ve Sonrası :

Ülkemizin idaresi Millî Birlik Komitesinin elinde bulunduğu dönemde kabul edilen «Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun» sağlık hizmetlerinde bir devrim kanunudur. Bu kanun Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir Devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi, ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir.

1982 yılında 53 ilde uygulanan bu kanuna göre düzenlenen örgütlenmenin şeması (Şekil 4 ve 5'de) görülmektedir. Bu örgütlenmenin özellikleri de şunlardır :

* Sağlık örgütlerinde temel ünite ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları bölgesinin nüfusu 5.000 - 10.000 kişi olacaktır. Bir ocakta bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2 - 4 köy ebesi ve bir tıbbî sekreter hizmet görecektir. Ocak hekimi, hastaları tedavi ve adlî hekimlik hizmetini yürütmek, yardımcıları ile beraber, kendi bölgesinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini takip, onları hastalıklardan korumak ve sosyo - ekonomik düzeylerini yükseltmek için isteklendirmek ile görevlidir.
* Ebeler hizmet ettikleri köyler ile ulaşımı yakın olan köylerde kurulan sağlık evlerinde oturacak, köyleri ve evleri gezerek hizmet yapacaklardır.



Sağlık Müdürüne bağlı olarak gösterilen ikinci basamak birimlerin hepsi her ilde yoktur.

Şekil 4 — Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Şeması

* Sağlık ocaklarının hasta tedavi hizmetleri Devlet hastaneleri tarafından desteklenir ve tamamlanır. Tedavi hekimliği yönünden ocak, hastanelerin polikliniği ve evde - ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak da düşünülecektir.

* Sağlık ocaklarının koruyucu hizmetleri sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve tamamlanacaktır.

* Sağlık örgütleri il içinde bir bütündür. Sağlık müdürü sağlık örgütünün âmiridir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulanmağa başlamıştır. Uygulama her yıl bir kaç ile yayılarak 1979 yılında kanunun uygulandığı il sayısı 45'e yükselmiştir.

ETİMESGUT VE ÇUBUK SAĞLIK BÖLGELERİ
1 EKİM 1981

Şekil 5 — Etimesgut ve Çubuk Sağlık Bölgeleri

1963 - 1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlığın 6 temel nedeni şunlardır:

* Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
* Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
* Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiştir.
* Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulmamıştır.
* İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır. Yerel örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutansız bir orduya benzemektedir.
* Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

Uyuglamalar başarısız olmasına rağmen sistem 22 yıl eleştirilere dayanmış ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yerine konacak başka bir örgüt modeli bulunamamıştır. Bu sürede Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun ve yönetmeliklerin bazı maddeleri uygulanmamış, bazıları da değiştirilmiştir (XXI. bölüme bakınız).

1982 yılından sonra sağlık hizmetlerinde bir silkinme görülmektedir. 1982 yılında kabul edilen Devlete Hizmet Yükümlülüğü Hakkındaki Kanun, hekim açığını büyük ölçüde kapamıştır. Ancak beklenen sonucun alınabilmesi için hekimlerin ve diğer personelin hizmete uyum sağlayacak biçimde eğitilmeleri, işbaşında denetilmeleri ve desteklenmeleri şarttır.

XXII. TÜRKİYE'DE SAĞLIK MEVZUATI

Sağlık hukukunda yazılı kuralların tümü «Sağlık Mevzuatı» diye adlandırılır. «Sağlık hukuku da Devletin yaptırımlara bağlandığı sağlık ile ilgili sosyal düzen kuralları» diye tanımlanır.

Bu kurallar (mevzuat) sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceği, nasıl yürütüleceği, nasıl finanse edileceği, yetki, görev ve sorumlulukların ne olduğu ve görevlerini yapmayanlara uygulanacak yaptırımların ne olacağı gibi konuları kapsar.

Sağlık mevzuatı ülkemizde aşağıdaki 3 grupta toplanır :

Kanunlar : Kanunlar, Milletvekili veya Hükümetin teklifi ile Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilen ve Cumhurbaşkanınca onaylanıp yayınlanan hukukî mevzuata Kanun denir. Kanunların anayasaya ters düşmemesi gerekir.

Tüzükler : Tüzükler (Nizamname) 1982 Anayasasının 115. maddesi uyarınca Bakanlar Kurulunun, bir kanunun uygulanmasını göstermek veya kanunun emrettiği işleri belirtmek üzere, kanunlara aykırı olmamak şartı ile ve Danıştayın incelemesinden geçirilerek hazırlanan hukukî mevzuattır. Tüzüklerin de Cumhurbaşkanınca onanması ve Resmî Gazetede yayınlanması gerekir. Tüzükler genellikle bir Bakanlık veya özerk kurum tarafından hazırlanır. Tüzüğü hazırlayan Bakanlık veya özerk kurum ilgili Bakanlık ve kuruluşların uygun görüşünü almak zorundadır.

Yönetmelikler : Yönetmelikler (talimatname) 1982 Anayasasının 124 üncü maddesi uyarınca Bakanlıkların ve kamu tüzel kişiliklerinin kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların ve tüzüklerin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olmamak şartı ile çıkardıkları

hukukî mevzuattır. Kanunda belirtildi ise, yönetmeliklerin de Resmî Gazetede yayınlanması gerekir.

1982 yılı sonunda sağlık ile ilgili 60'dan fazla yasa yürürlükte idi. Bunlar arasında en önemli olan yasalar şunlardır:

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu:

Ülkemizin, Temel Koruyucu Hekimlik Kanunu 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı «Umumî Hıfzıssıhha Kanunu» dur. Bu Kanunun 2 nci maddesine göre sağlıkla ilgili devlet hizmetlerini yürütme ve kanunlar ile diğer kamu kuruluşlarına bırakılan hizmetleri denetleme Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının (SSYB) görevidir. Bu Kanunla SSYB görevleri şöyle sıralanmıştır:

* Doğumu kolaylaştırcak ve çocuk ölümünü azaltacak önlemler almak,
* Anaların doğumdan önce ve doğumdan sonra sağlıklarını korumak,
* Memlekete bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesini önlemek,
* İçte her türlü infeksiyöz, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla ve çok sayıda ölüme neden olan diğer zararlı etmenler ile savaş,
* Hekimlik ve ilgili mesleklerin uygulamasını gözetmek,
* Gıdalar ile ilaçları ve bütün zehirli müessir ve uyuşturucu maddeler —yalnız hayvanlar için serumlar ve aşılar hariç olmak üzere— her nevi serum ve aşıları denetlemek,
* Çocukların ve gençlerin sağlığının korumasına ait işler çocuk sıhhat ve bünyesinin muhafaza ve tekâmülüne ait tesisatın murakabesi,
* Okul sağlığı,
* İşçi ve işyeri sağlık işleri,
* Maden suları ile iyi edici etkisi olan suları gözetmek,
* Sağlığı koruma müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ve biolojik muayene ve tahlillere mahsuş müesseseler açmak ve denetlemek,

* Meslekî eğitim müessesleri açmak, yönetmek veya benzeri kurumları denetlemek ve bunların açılmasına izin vermek,
* Mecnunlarla sair ruhî hastalıklara mahsus tedavihaneler veya malûl veya doğuştan herhangi bir noksanı olanları kabul edecek yurt veya müesseseler kurmak ve yönetmek,
* Göçmenlerin sağlık işleri,
* Hapishanelerin sağlık koşullarını gözetmek,
* Tıbbî istatistikleri düzenlemek,
* Sağlık yayınları ve propagandası yapmak,
* Taşıtları sağlık yönünden kontrol,

Bu kanunda bulaşıcı hastalıklar sıtma, verem, trahom ve zührevî hastalıklarla savaş ile çevre sağlığı hizmetleri için kişilerin yükümlülükleri ve sağlık teşkilâtının yetkileri belirtilmiştir. Bu kanundan sonra verem savaşı için 1949 yılında 5368 sayılı «Verem Savaşı Hakkında Kanun» ve 1960 yılında 7402 sayılı «Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun» çıkarılmıştır.

Belediye Kanunu :

1930 yılında kabul edilen 1580 sayılı «Belediye Kanunu» nun 15. maddesi çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde belediye görevlerini sayar. Bundan başka belediyelerin sağlıkla ilgili bir görevi de fakir hastaların parasız bakılması ve parasız ilaç verilmesidir. (Madde 15, Fıkra 34). 224 sayılı kanun belediyelerden hasta bakım hizmetini almıştır.

SSYB Teşkilât Kanunu :

1936 yılında çıkarılan ve ondan sonra bir çok kez bazı maddeleri değiştirilen 3017 sayılı «Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu» SSYB'nın kuruluş ve işleyişine yön veren kanundur.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun :

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı «Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun» bir devrim kanunudur. Bu kanunun getirdiği yenilikler şunlardır :

1. Herkes her çeşit sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan hizmetin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde yararlanacaktır (Madde2).

2. İlk basamak tedavi hekimliği örgütlenecektir (Madde 10).

3. Kamu sektöründe çalışan hekimler serbest meslek icra edemeyecekler, mukavele ile istihdam edileceklerdir (Madde 3 ve 26). Mukavele ile istihdam hükmü 1966 yılında Personel Kanunu ile kaldırılmıştır. 1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı Kanun tüm kamu sektöründe çalışan hekimlere muayenehane açma hakkı vermiştir.

4. Hekim kamu sektöründe görev alma zorunda olmayacaktır (Madde 4). 1981 yılında kabul edilen 2514 sayılı Kanun hekimlere belli süre Devlete hizmet yükümlülüğü getirmiştir.

5. Kamu sektöründe tüm sağlık hizmetleri —Silahlı Kuvvetler hariç— tek elde ve SSYB'da toplanacaktır (Madde 8). Bu madde uygulanamamıştır.

6. Kanunun verdiği haklardan yararlanmak isteyen hastalar âcil durum hariç - önce sağlık ocağına başvuracak, sağlık ocağı hekimi gerekli görürse hastayı hastaneye gönderecektir (Madde 13).

7. Hastane uzmanları sağlık ocağı personelinin sürekli eğitimini sağlayacaktır (Madde 12).

8. Sosyalleştrilmiş sağlık hizmeti teşkilâtı ile halk arasındaki ilişkiyi temin maksadı ile işbirliği kurulları kurulacaktır (Madde 23). Bu madde de uygulanamamıştır.

9. Sağlık ocağı düzeyinde koruyucu hekimlik ile ilk basamak tedavi hekimliği integre edilmiş ve bir ekip hizmeti olarak örgütlenmştir (Madde 10).

10. Hastalara ilaç ve tedavi araçları, bütçenin elverdiği oranda parasız verilecektir. Hangi ilaç ve araçların parasız verileceği her yıl SSYB tarafından saptanacaktır (Madde 16).

11. Kanun her yıl bir kısım illerde uygulanmak sureti ile kademeli olarak 15 yılda uygulanacaktır (Madde 18 ve 20). Bu kanunun 20'nci maddesi değiştirilerek süre 20 yıla çıkarılmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu :

Sosyal Sigortalar Kurumu 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu olarak kurulmuş, 1964 yılında kabul edilen 506 sayılı «Sosyal Sigortalar Kurumu» Kanunu ile kapsamı genişletilmiştir. İşçi sigortaları Kurumu Kanunu uyarınca hastalık sigortası uygulamasına 1952 yılında başlanmıştır. Kanunun 123'üncü maddesi, Kuruma sağlık tesisi kurma, 124 üncü maddesi koruyucu hekimlik tedbirleri alabilme yetkisini vermiştir. Buna rağmen Kurum, koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilgilenmemektedir.

İş Kanunu :

1920 yılında yürürlüğe giren Ereğli Kömür İşçileri Kanunu dar kapsamlı idi. İlk geniş kapsamlı kanun 1936 yılında kabul edilen 3008 sayılı İş Kanunudur. İş Kanununda 1967 ve 1971 yıllarında 931 ve 1475 sayılı kanunlarla bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu kanunu uygulama Çalışma Bakanlığı'nın görevidir.

İş Kanunu yanında 1593 sayılı Umumî Hıfzıssıhha Kanunu ve 1580 sayılı Belediyeler Kanunu da işçi sağlığına ait hükümler taşır.

Bu üç kanunun getirdiği hükümlerden biri (1475/74, 1599/268 ve 1580/15 - 13 üncü maddeler), işyeri kurabilmek için «Kurma İzni» ve «İşletme Belgesi» alma zorunluğudur.

Bu izinlerin anlamı ,işyerinin kurulmaya başlanmadan ve kurulma aşamasında sağlık - güvenlik yönünden eksiklerini saptayarak, giderilmesi yönüne gidilmesini sağlamaktır.

Anılan bu üç yasanın çeşitli maddelerinde işyerlerinde sağlık ve güvenlik önlemleri alınmasına yönelik, yaptırımlar vardır. Ayrıca bu üç yasa ile Çalışma Bakanlığı, SSYB ve belediye örgütleri teftiş olanakları ile donatılmıştır ve 1475 sayılı kanunun 92. maddesi ile de kurumlararası eşgüdüm sağlanması öngörülmüştür.

Ancak işyerlerinin büyük çoğunluğu kanunların emrettiği sağlık ve güvenlik koşullarını yerine getirmemiş ve denetim ile yükümlü Bakanlıklar ve Belediyeler Kanunları uygulama gücünü gösterememişlerdir.

İlaç Sanayii ve Eczacılar İle İlgili Yasalar :

İlaçların yapısına girecek kimyasal madde ve drogların niteliğini saptayan kodeks 1926 yılında kabul edilen 767 sayılı «Türk Kodeksi Kanunu» uyarınca hazırlanmıştır. Piyasada satılan müstahzarların; imal ve kontrolu 1928 yılında kabul edilen 1262 sayılı «İspençiyari ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu» hükümleri çerçevesinde yürütülür. Eczanelerin işletilmesi hakkında da 1953 yılında kabul edilen 6197 sayılı «Eczaneler ve Eczacılık Hakkında Kanun» vardır.

Sağlık Mesleklerinin Uygulanması İle İlgili Yasa ve Tüzükler :

Sağlık mesleklerinin uygulanmasına yön veren temel kanun 1928 yılında kabul edilen 1219 sayılı «Tababet ve Şuabat Mesleklerinin Tarzı İcrasına Dair Kanun» dur. Bu kanunda hekimler, diş hekimleri, ebeler, sünnetçiler, hastabakıcı ve hemşireler için hükümler vardır. Bu kanunun 9'uncu maddesine dayanılarak çıkarılan «Tababet Uzmanlık Tüzüğü» nde uzmanlık dalları ve nasıl uzman olunacağına dair hükümler vardır.

1960 yılında da «Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi» yürürlüğe girmiştir (Karar sayısı 4/12578, Resmî Gazetede yayım günü 19.2.1960).

1943 yılında köy ebeleri ve köy sağlık memurları, 1954 yılında hemşireler hakkında özel kanunlar çıkarılmıştır (4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına Dair Kanun ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu).

1219, 4459 ve 6283 sayılı kanunlar ile, Tababet Uzmanlık ve Deontoloji tüzüklerini yöneticiler, hekimler ve diğer sağlık personeli yetki ve sorumluluklarını bilmeleri için dikkatle incelemelidirler.

Türk Tabipler Birliği Kanunu :

1953 yılında kabul edilen 6023 sayılı Kanun ile kurulan Türk Tabipler Birliği kamu hizmetine yarar meslekî bir kuruluştur ve tüzel kişiliği vardır. Türkiye'de sivil ve asker her hekim ve diş hekimi bu Birliğin üyesidir ve Birliğe kaydolma zorunluğu vardır (Madde 1 ve 7).

Türk Tabipler Birliğinin görevleri şunlardır (Made 4) :

a. Halk sağlığına ve hastalara fedakârlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak,

b. Âzalarının maddî ve manevî hak ve menfaatlerini korumak ve bunları halkın ve Devletin menfaati ile en iyi bir şekilde denkleştirmeye çalışmak,

c. Halkın sağlığını korumaya, âzalarını muayyen refah seviyelerine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslekdaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş vermenin âdil bir surette düzenlenmesine çalışmak,

d. Halk sağlığı ve tıp meslekleri ile ilgili meseleler için resmî makamlarla karşılıklı işbirliği yapmak,

e. Halk sağlığını ve tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmî makamlardan yardım sağlamak.

Birliğin temel birimi «Tabip Odası» dır (Madde 6). Tabip odalarının organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Haysiyet Divanı'dır (Madde 11). Tabip Odasına kayıtlı her hekim ve diş hekimi Genel Kurul üyesidir.

Türk Tabipler Birliği'nin, Tabip Odaları üzerine üst kuruluşu Büyük Kongrenin seçtiği «Merkez Konseyi» dir (Madde 53). Bu Konsey 5 hekim ve 2 diş hekiminden oluşur ve aralarından birini Başkan seçerler (Madde 56 ve 50). Türk Tabipler Birliği'ni içte ve dışta temsil eden Merkez Konseyi ve Başkanıdır (Madde 54).

Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza ve Hukuk Mahkemeleri Usul Kanunu (CMUK ve HMUK) nda Hekimlik Mesleklerinin Uygulanması İle İlgili Önemli Hükümler :

Bu kanunlarda sağlık personelini hizmet yönünden ilgilendiren hükümler şunlardır :

TCK Madde 403, Fıkra 4 : Uyuşturucu maddeler ile ilgili suç.

TCK Madde 468, 469, 452 : Çocuk düşürme ile ilgili suç.

TCK Madde 471 : Sterilizasyon ameliyatı ile ilgili suç.

TCK Madde 530 : Bildiği suçluyu adliye ve zabıtaya haber vermemek ile ilgili hüküm.

CMUK Madde 48 ve HMUK Madde 246 : Hekimlerin sır saklama ve şahitlikten çekilme hakkı ile ilgili hüküm.

CMUK Madde 69 ve HMUK Madde 278 : Ehli hibrelikten çekilme hakkı ile ilgili hüküm.

TCK Madde 455 : Hekimlerin tedbirsizlik veya meslek ve sanatta acemilik nedeni ile ölüme sebep olma suçu ile ilgili hüküm.

TCK Madde 354 : Hekimlerin hatır veya çıkar için gerçek dışı rapor verme suçu ile ilgili hüküm.

TCK Madde 240 : Kamu hizmetinde çalışan hekimlerin görevlerini ihmal suçu ile ilgili hüküm.

XXIII. TÜRKİYE'DE SAĞLIK DÜZEYİNDE DÜN VE BUGÜN

Türkiye'de sağlık düzeyindeki gelişmeleri 3 açıdan değerlendirebiliriz :

* Ölümlülükte değişmeler,
* Bulaşıcı hastalıkların kontrolu,
* İnsangücü ve tesislerde gelişme.

Ölümlülük :

1935 - 1978 yıllarında Türkiye'de kaba ölüm ve bebek ölüm hızları ile beklenen yaşam süresindeki değişiklikler, (Tablo 22'de) görülmektedir. Bu tabloda görüldüğü gibi İkinci Dünya Harbinden sonra Türkiye'nin sağlık düzeyinde hızlı bir yükselme vardır. Bu gelişme özellikle 5 yaştan yukarı nüfusta ölümlülüğün azalması ile kendini göstermektedir.

Tablo 22 — Türkiye'de 1935 - 1980 Yılları Arasında Ölümlülükteki Değişim

Yıllar	Kaba Ölüm Hızı (Binde)	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) Doğuşta Erkek	Doğuşta Kadın	5 Yaşta Erkek	5 Yaşta Kadın
1935 - 40	31.4	—	—	—	51.4	50.2
1940 - 45	33.9	—	—	—	47.6	47.9
1945 - 50	27.0	270	36.7	39.6	53.1	54.0
1950 - 55	23.5	235	42.0	45.2	57.8	59.1
1955 - 60	19.8	212	46.5	49.7	60.4	61.9
1960 - 65	16.4	178	50.5	53.7	62.3	63.8
1965 - 70	13.5	156	53.9	57.4	63.5	65.5
1970 - 75	11.6	130	57.1	60.7	64.3	66.5
1975 - 80(*)	10.0	102	60.3	64.0	65.5	67.5

(*) Ekstrapole edilmiş değerler.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolu :

Bir ülkenin sağlık düzeyinin en iyi ölçütü o ülkede bulaşıcı hastalıkların hangi ölçüde kontrol edilebildiğidir.

İstiklâl Savaşı sonrasında Türkiye'nin karşılaştığı çeşitli sorunlar arasında bulaşıcı hastalık ve özellikle sıtma salgınları en önemli sorunlardan biri idi. Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam döneminde bulaşıcı hastalıklar ile savaş şu şekilde örgütlenmişti :

* Hükümet tabipleri bulundukları ilçelerde bulaşıcı hastalık çıkmaması için gerekli önlemleri alacaktır. Bir bulaşıcı hastalık çıkarsa hastalığın yayılmasını önleyici önlemleri derhal alacak ve durumu Sağlık Müdürlüğüne ve Sağlık Müdürlükleri de Bakanlığa bildirecektir.
* Bir bölgede önemli bir bulaşıcı hastalık salgını çıkarsa Bakanlık'ta bulunan gezici savaş ekipleri bu bölgeye gönderilerek salgın durdurulacaktır.
* Sıtma ile savaş için özel bir örgüt kurulmuştur.
* Güneydoğu illerinde çok yaygın olan trahom ile savaş için ayrı bir örgüt kurulmuştur.
* Frengi prevelansının yüksek olduğu bölgelerde Frengi Savaş Örgütü kurulmuştur.
* Halk sağlığı laboratuvar hizmetleri için Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur.

Refik Saydam, bulaşıcı hastalık savaşında başarılı olabilmek için hekimlere yüksek ücret ödeyerek onları tam süre hizmete bağlama politikasını başarı ile uygulamıştır. Halk Sağlığının Temel Kanunu olan Umumî Fıfzıssıhha Kanunu da bu dönemde kanunlaşmıştır.

Verem savaşına gelince, Refik Sayram bu önemli konuyu gerektiği ölçüde ele almamiştır. Bu konuda önder Prof. Dr. Tevfik Sağlam'dır. Bu hizmete önce verem savaş dernekleri kurarak başlamıştır. İkinci Dünya Savaşından sonra da Sağlık Bakanlığını etkileyerek Verem İle Savaş Kanununun çıkmasında önderlik etmiştir.

Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık İstatistiklerinin Değeri : Ülkemiz standardına göre sağlık hizmetlerinin çok iyi yürütüldüğü, her anjin ve ishal vakasında kültür yapılan ve bulaşıcı hastalık bildirim-

leri tam olan Etimesgut sağlık bölgesinde saptanan bulaşıcı hastalık morbidite hızlarına dayanarak Türkiye'de görülmesi gereken vaka sayıları hesaplanmıştır. Bu sayıların Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde bildirilen vaka sayıları ile kıyaslandığı bir araştırmada şu sonuçlar alınmıştır:

	Beklenen (1)	Bildirilen (2)	Yüzde (2/1)
Kızamık	811231	46761	6
Strep, İnfeksiyonları	528480	2987	0.5
Basilli Dizenteri	131394	950	0.7
Hepatit (A)	49912	8758	18
Tifo, Paratifo	10643	4055	39
Menenjit (Menengokoksik)	1101	331	30

Sağlık Bakanlığının yayınladığı şehir ve köylerde bulaşıcı hastalıklardan ölüm istatistiklerindeki sayılar Devlet İstatistik Enstitüsünün yayınladığı il ve ilçe merkezlerindeki ölümler ile karşılaştırılırsa, genellikle DİE verdiği sayıların daha yüksek olduğu görülür. Bu nedenle ölüm konusunda DİE verilerini kullanmak doğru olur. Bununla beraber bu veriler de eksiktir.

Dr. Kadir Sümbüloğlu da yayınladığı bir makalede il ve ilçe merkezlerinde ölümlerin eksik bildirildiğini göstermiştir. Ancak Dr. Nazmi bilir bu verilerden ölümlerin azalmasını veya çoğalmasını gösterme bakımından yararlanılabileceğini saptamıştır. Bu yazıda sunulan veriler bu gerçekler gözönünde tutularak değerlendirilmelidir.

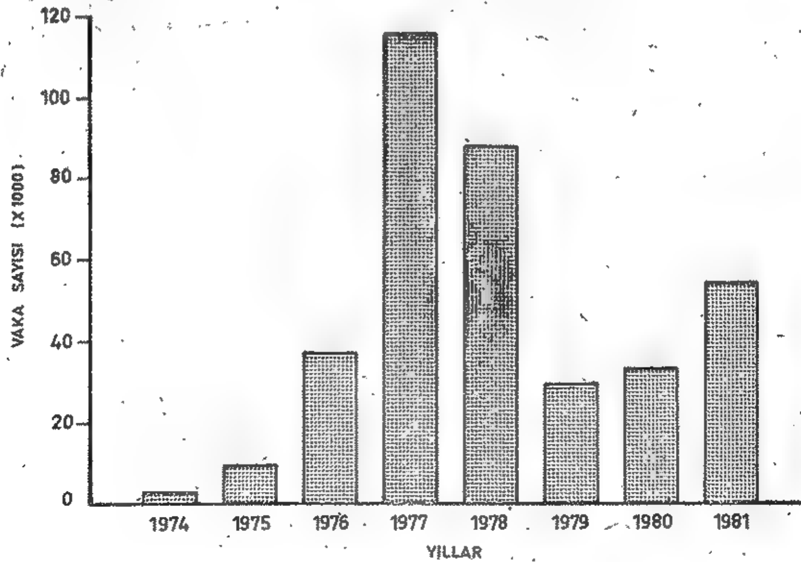
Sıtma Savaşı: Sıtma tarih boyu Akdeniz ülkelerinin büyük sorunu idi. Dr. L. Aksu «Sıtma» adlı kitabında 1924 yılı sıtma salgınını şöyle anlatır: «1924 yılında sıtma o kadar büyük bir salgın yaptı ki, köylülerin harmanları yüzüstü kaldı. Şehir ve kasabalarda zengin fakir herkes hastalandı.»

Refik Saydam'ın 1924 yılında başlattığı sıtma savaşı İkinci Dünya Savaşına kadar oldukça başarılı olmuş ,sıtma önemini korumakla beraber büyük bir âfet olmaktan çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşında diğer bir çok bulaşıcı hastalıklar gibi sıtma da hızla yayılmaya başlamıştır. 1947 yılında sıtma salgınlarını durdurabilmek için olağanüstü önemler alınmış ve yeni bir Sıtma Savaş Kanunu çıkarılmıştır. Bir yandan bu Kanuna dayanarak alınan önlemler ve bir yandan yeni bir strateji olan eradikasyon yaklaşımı (Tablo 23'de) görüldüğü gibi etkisini göstermiş ve

Tablo 23. — Türkiye'de 1945 - 1970 Yıllarında Sıtma Vakaları

Yıllar	Nüfus (Milyon)	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (Binde)
1945	18.9	2542000	134.50
1950	20.8	1888000	90.77
1955	23.9	485000	20.29
1960	27.5	3092	0.10
1965	31.1	4587	0.15
1970	35.3	1263	0.04

1970 dolaylarında yıllık vaka sayısı bin dolaylarına inmiştir. Kuzey Irak'ta sıtmanın yaygın oluşu Hakkâri, Siirt ve Mardin'in sınır ilçelerinde intikalin durmasını engellemiştir. 1970'li yılların sonlarına doğru Çukurova'da oluşan odaklarda yayılma önlenememiş ve sıtma vakaları artmaya başlamıştır. 1980'de yeniden sıklaştırılan önlemlerle vaka sayıları azalmış ise de 1981'de vaka sayılarında yeniden yükselme olmuştur (Şekil 6).



Şekil 6 — Türkiye'de 1974 - 1981 Yıllarında Sıtma Prevelansı

Trahom Savaşı : (Tablo 24'de) görüldüğü gibi 1930'lu yıllarda yapılan taramalarda Güney Doğu illerinde trahom prevalansı yüzde 74 olarak saptanmıştır. Trahom savaşının belkemiğini teşkil eden sağlık memurları ve ilaçlayıcıların çabaları ile hastalık prevelansı azalmağa başlamıştır. Sulfamitlerin ve teramisinin keşfi de trahom savaşının başarısını kolaylaştırmıştır. Günedoğu'da Sosyo - ekonomik düzeyin düşük olması ve susuzluk nedeni ile hastalığın kökü kazınamamaktadır.

Frengi Savaşı : Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında sıtma ve trahom yanında özel bir örgüt ile savaşı sürdürülen bir diğer hastalık Frengi'dir. Bu dönemde deri hastalıkları uzmanlarından oluşturulan gezici ekipler

Tablo 24 — Güney Doğu Anadolu'da Trahom Prevalansı

Yıllar	Muayene Edilen Kişi Sayısı	Hasta Sayısı	Prevalans Hızı (Yüzde)
1932	56.000	41.440	74.0
1942	64.000	28.160	44.0
1952	182.000	49.140	27.0
1962	861.000	104.073.	12.1
1965	2.110.000	162.988	7.1
1968	1.617.000	102.797	6.3
1970	2.055.000	60.871	2.9
1975	1.642.000	23.143	1.4
1980	1.575.000	20.495	1.3

kurulmuş, tarama ve tedavinin izlenmesi için yurt çapında serolojik test olanağı sağlanmıştır. Bu başarılı savaş sonucu II. Dünya Savaşı öncesi yıllık ortalama yeni vaka sayısı 20.000 dolaylarından 1965 - 1969 yılında 532'ye kadar düşmüştür (Tablo : 25).

1970'den itibaren yeni vaka sayılarında hafif bir yükselme olmuş 1976'da 1727'ye kadar çıkmıştır. Son yıllarda yine 500 dolaylarına düşmüştür. Ülkemizde Frengi, batı ülkelerine göre oldukça azdır. 1980

Tablo 25 — Türkiye'de Saptanan Yeni Frengi Vakaları

Yıllar	Yeni Vaka Sayısı (Yıllık Ortalama)
1926 - 1930	17511
1931 - 1935	21513
1936 - 1940	19037
1941 - 1945	14964
1946 - 1950	11646
1951 - 1955	8657
1956 - 1960	5804
1961 - 1965	1331
1965 - 1970	596
1971 - 1975	1288
1975 - 1980	1022

yılında Türkiye'de insidans hızı yüzbinde 1.5 idi. Bu hız 1977 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yüzbinde 9.7, Fransa'da 8.7, Danimarka'da 10.7 ve Yunanistan'da 5.8 idi.

Verem İle Savaş : Yukarıda da değinildiği gibi Refik Saydam döneminde verem savaşı ele alınmamıştır. Bu dönemde yapılan işler 1924 yılında Heybeliada'da 50 yataklı bir sanatoryum ve 1926 yılında Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde BCG aşısı üreten bir laboratuvar kurmaktır. Bunun yanında İstanbul Verem Savaş Derneği 1928'de Eyüp'te bir dispanser kurmuştur.

Türkiye'de verem savaşı, II. Dünya Harbinden sonra önemle ele alınmış ve hızla gelişmiştir. Verem ile savaşın başlatılmasında ve geliştirilmesinde veremle savaş derneklerinin büyük katkısı olmuştur.

İl ve ilçe merkezlerindeki ölüm istatistiklerine dayanarak yapılan değerlendirmelere göre verem ölüm hızı 1945 yılında yüzbinde 262 iken, 1970'de yüzbinde 20'ye ve 1979'da yüzbinde 9'a düşmüştür.

1950'lerin sonları ve 1960'ların başlarında yapılan prevelans araştırmalarında ve gezici mikrofilm ekiplerinin yaptığı taramalarda bulunan verem prevelansı binde 20 dolaylarında idi. 1977 - 1981 yıllarında ise ortalama prevelans hızı binde 1.7 olarak bulunmuştur.

Dispanserlere başvuran hastalar arasında saptanan vaka oranlarında da aynı ölçüde düşüş vardır. 1960'ların başında saptanan hasta oranı binde 45 dolaylarında iken son beş yılda binde 20 dolaylarına düşmüştür. Ancak son dört yılda dispanserlerde saptanan hasta sayısında sürekli bir artış görülmesi ve bu artışın yüzde 40 dolaylarında oluşu düşündürücüdür. Ülkemizde verem savaşında sağlanan başarı kıvanç vericidir. Ancak durumumuzu gelişmiş ülkeler ile kıyaslar isek ve çocuklarda verem ölümlerinin süregelmesi sorunun önemini koruduğunu gösterir.

Uluslararası Karantina Kapsamındaki Bulaşıcı Hastalıklar İle Savaş: Türkiye'de çiçek hastalığı 1951 yılına kadar her yıl ufak salgınlar yapan bir hastalıktı. Yıllık ortalama vaka sayısı, 1942 - 1944 yıllarındaki salgın hariç, 300 dolaylarında idi. 1942 - 1944 yılındaki salgınlarda kayıtlara geçen toplam vaka sayısı 20359, ölüm sayısı 2227'dir. 1951 yılından sonra 1957 yılında 128 vakalık bir salgın hariç, ülkemizde çiçek hastalığı görülmemiştir.

1925 - 1929 yılları arasında Mardin ve dolaylarında her yıl veba vakası görülmüştür. Yıllık vaka sayısı 3 ile 16 arasında değişmekte idi. Bundan sonra 1947 yılında Akçakale'de 18 vakalık bir salgın olmuştur. Büyük olasılıkla İran'da olduğu gibi, Günedoğu illerimizin sağlık yörelerinde yabani kemiricilerde veba endemik olarak vardır. Bu nedenle Mardin ve Urfa illerinde insanlarda veba vakası görülebileceği gözönünde bulundurulmalıdır.

1925 yılından 1969 yılına kadar Türkiye'de kolera hastalığı görülmemiştir. 1962 yılında Uzakdoğu'da Celeb adalarında başlayan ve batıya doğru yayılan El - Tor tipi Vibrionun yaptığı kolera salgınları Türkiye'de ilk kez 1970 yılında İstanbul'da Sağmalcılar'da görülmüştür. Bu salgında 384 vaka saptanmış ve 52 kişi ölmüştür. Bu yıldan sonra Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde kolera vakası yayınlanmamıştır.

Ülkemizde 1950'lere kadar epidemik lekeli humma her yıl ufak salgınlar yapmıştır. Yıllık ortalama vaka sayısı, 1943 - 1945 yıllarındaki salgınlar hariç, 400 dolaylarında idi. Harp yıllarındaki salgınlarda 3 yılda toplam 10011 vaka ve 748 ölüm saptanmıştır. 1960'dan bu yana saptanan münferit vakalar büyük olasılık ile Murin tipi endemik tifüstür.

Ülkemizde 1952 yılına kadar hemen her yıl epidemik tip geri tepen humma görülmüştür. Son 30 yıl içinde geri tepen humma vakası saptanmamıştır.

Difteri ve Çocuk Felci: Temel savaş yöntemi aşılama olan difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamığa karşı savaşı değerlendirebilmek için elimizde ancak difteri ve boğmaca için veri vardır.

Ülkemizde difteri ve çocuk felci vakalarına ait veriler (Tablo 26'da) görülmektedir. Ülkemizde bu hastalıklara karşı yapılan aşılama programlarının kısmen etkili olduğu ve vakaların azaldığı görülmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde çocuk felci ve difteri nadir görülen hastalıklar arasına girmiş olması bu hastalıklar ile savaşta yeter derecede başarılı olmadığımızı gösterir.

Tablo 26 — Türkiye'de 1951 - 1980 Yıllarında Saptanan Bulaşıcı Hastalıklar

Yıllar	Nüfus (X Milyon)	Difteri	Çocuk Felci	Menenjit Menengo.	Tifo	Infeksiyöz Hepatit
1951 - 1955	22.6	2223	.	241	3530	.
1956 - 1960	25.9	4096	.	368	3565	.
1961 - 1965	29.7	3675	.	300	2593	.
1966 - 1970	32.8	1619	1180	347	1756	6153
1971 - 1975	36.2	683	445	2026	991	13345
1976 - 1980	40.9	120	299	860	683	12937
İsveç (1977)	8.2	1	4	142	37	514
ABD (1977)	211.9	84	20	1752	372	30481
Bulgaristan (1977)	8.7	0	0	128	2	11781
Fransa (1976)	52.5	26	8	1591	1008	3691

Sayılar beş yıldaki ortalama vaka sayısıdır.

Su ve Besinle Bulaşan Hastalıklar: Su ve besinle bulaşan hastalıklar arasında tifo - paratifo ve infeksiyöz hepatit'e ait veriler (Tablo 26 da) görülmektedir. Tifo - paratifo vakalarında azalma olmasına rağmen hepatit oldukça sık görülmeğe devam etmektedir. Bu iki hastalığa ait veriler yanında ishal ölümleri de ülkemizde su ve besinle bulaşan hasta-

lıkların önemini koruduğunu gösterir. (Tablo 27'de) görüldüğü gibi ülkemizde il ve ilçe merkezlerinde enterit ölüm hızı İsveç'in 185 katıdır. Bu oran 0 - 4 yaşlarda 281'dir. Su ve besin ile bulaşan hastalıkların önemi korumasının nedeni halkımızın kültürü, belediyelerin ve hükümetlerin gücünün su ve dışkı yok edilmesi sorununu çözmeğe yetmemesidir.

Zoonozlar : Ülkemizde hayvanlarda şarbon savaşı başarılı olmadığı için hemen hemen her yıl insanlar arasında da vakalar görülmektedir. 1946 - 1965 yılları arasında 1400 dolaylarında olan şarbon vaka sayısı 1965'den sonra azalmağa başlamıştır. 1976 - 1980 yılları arasında ortalama 350 vaka ve toplam 12 ölüm saptanmıştır.

Tablo 27 — Türkiye'de 1975 Yılında İl ve İlçe Merkezlerinde Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm Hızları ve İsveç'le Kıyaslama

	Yaş Grupları									
	0 - 4		5 - 14		15 - 44		45+		Toplam	
Hastalıklar	Hız	T/I	Hız	T/I	Hız	T/I	Hız	T/I	Hız	T/I
Pnömoni	474	113	9	30	2	2	9	0.2	69	2.8
Enterit	253	281	3	–	1	.	5	1.7	37	18.5
Tüberküloz	5	.	0.5	.	8	40	17	1.6	10	2.3
Diğ. B. Hast.	35	4	3	5	2	2	2	0.1	7	0.8
Toplam	767	57	15	17	13	5	33	0.4	123	3.3
Nüfus (1000)	2259		3934		8025		5651		16869	

Hız : Ölüm hızı yüzbinde.
T/I : Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde ölüm hızının İsveç'tekine oranı.
(.) : İsveç'te bu hastalıktan ve bu yaş grubunda ölüm olmadığından oran alınamamıştır.

Kuduz nedeni ile ölüm ülkemizde önlenememektedir. Son 20 yılda her yıl ortalama 42 kişi kuduzdan ölmektedir.

Türkiye'de 1963 yılına kadar hemen hemen her yıl insanlarda birkaç ruam vakası saptanmıştır. 1964 yılından sonra insanlarda ruam görülmemiştir.

Sağlık Bakanlığı 1980 yılından sonra insanlarda görülen Bruselloz vakalarını da istatistiklerinde yayınlamaktadır. Bildirilen yıllık vaka sayısı 450 dolaylarındadır. Bunun gerçek morbiditeyi yansıttığını kabul etmek olanaksızdır.

İnsangücü ve Tesisler:

1927 - 1980 yıllarında Türkiye'de gelişen sağlık insangücü ve tesisler (Tablo. 28'de) görülmektedir. Türkiye'nin 50 - 60 yıl gibi kısa bir zamanda sağladığı bu gelişme takdire değer. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesinde 1960 yılından sonra başlatılan sağlık meslek okul ve kolejleri programının büyük etkisi olmuştur.

Tablo 28 — Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Tesisleri

	1927		1960		1981	
	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Hekim	1059	12842	9826	3829	28411	1605
Hemşire (*)	139	97842	2420	11488	29459	1547
Ebe (*)	347	39139	3126	8898	13890	3282
Sağlık Memuru	1036	13127	3890	7146	12226	3729
Hastane						
Sayı	42	232810	566	49117	831	54874
Yatak	3615	3762	45807	607	97765	466
Tb. Dispanseri	0	—	106	262260	256	178125
Sağlık Ocağı	0	—	0	—	1890	12600

(*) Yardımcı hemşire ve köy ebeleri dahil.
(Oran) Nüfus/personel.

Türkiye'de insangücü sorunu bu kitabın insangücü bölümünde de belirtildiği gibi sayısal olmaktan çok bir dağılım sorunudur. Sağlık tesislerine gelince buradaki iki sorundan biri herkese temel sağlık hizmetinin sunulamaması, diğeri sunulan hizmetin niteliğinin düşük oluşudur.

TÜRKİYE'NİN BUGÜNKÜ SAĞLIK SORUNLARI

Geçmişte sağlık hizmetlerinde başarılı gelişmeler olmasına rağmen, bugün ana - çocuk sağlığı düzeyinin düşüklüğü, aşırı doğurganlık, bazı önemli bulaşıcı hastalıkların yeterince kontrol edilmemesi ile çevre sorunları, işçi sağlığı, okul sağlığı, diş sağlığı ve yaşlılar için mediko - sosyal hizmetlerin çok yetersiz oluşu gibi önemli sorunlarımız olduğunu gözden kaçırmamak gerekir. Bu sorunların doğuşunda kaynak yetersizliğinden çok hükümetlerin kaynak tahsis ve kullanma politikaları ile bürokrasinin olumsuz tutumunun etkisi vardır. Bunun yanında ekonomik güç yetersizliği ve toplumun kültürü gibi sosyo - ekonomik nedenler de halkın hizmetten yoksunluğunda rol oynamaktadır.

Sağlık Hizmetinden Yoksunluk :

Ülkemizde halkın sağlık hizmetinden yararlanmasının ülke çapında değerlendirildiği iki araştırma vardır. Bunlardan birincisi 1966 - 67 yıllarında yapılan Türkiye nüfus araştırmasıdır. Bu araştırma sonuçlarına göre ülkemizde ölenlerin yüzde 6.5'i hastanede, yüzde 91.2'si kendi evlerinde veya akraba evinde ölmektedir. Hastanede ölenlerin oranı şehirler için yüzde 11.1, köyler için yüzde 5'tir. Bu oran Ankara ve İstanbul şehirlerinde yüzde 22'ye çıkmaktadır.

Doğumlara gelince 1966 - 67 yılında doğumların yüzde 7.7'si hastanede, yüzde 92.3'ü evde yapılmıştır. Hastanede doğum oranı şehirlerde yüzde 22.3, İstanbul'da yüzde 61.9, Ankara'da yüzde 52, köylerde yüzde 2.3'dür.

İkinci araştırma 1974 - 75 yıllarında yapılan İkinci Türkiye Nüfus Araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye'de hastanede ölenlerin oranı sekiz yılda yüzde 6.5'ten yüzde 13'e yükselmiştir. Metropollerde, kentlerde ve köylerde yaşayanlardan hastanede ölenlerin yüzdesi, aynı sıra ile 24, 15 ve 8 olmuştur.

1974 - 75 araştırmasının önemli bulgularından biri (Tablo 29'da) görüldüğü gibi ölenlerin yüzde 43'ünün hasta iken hekim hizmetinden yararlanmayışıdır. Kırsal bölgede ölen çocukların yüzde 74'ü ölmeden önce hasta iken hekime götürülmemiştir.

Tablo 29 — Ölmeden Önce Hekim Tarafından Muayene Edilenlerin Yaş Grubu ve Bölgelere Göre Dağılımı

Yerleşim Yerleri	0 - 1	1 - 4	5+	Toplam
Metropol	94.9	50.0	88.4	98.3
100.000 +	83.9	100.0	76.9	81.3
50.000 - 100.000	50.1	57.6	88.7	76.4
10.000 - 50.000	82.8	67.9	74.3	75.5
2.000 - 10.000	58.9	68.3	73.1	67.7
Kırsal :				
Gelişmiş	45.9	66.2	63.9	58.1
Orta Gelişmiş	38.4	59.3	51.5	48.0
Az Gelişmiş	20.6	30.0	47.7	33.1
Toplam	45.7	55.7	65.0	57.3

Çevre Sorunları :

Çevremizin koşulları, su ve besinlerin hasta insan atıkları ile bulaşması olasılığını sürdürmektedir. Buna ek olarak ülkemizin hızla şehirleşmesi ve sanayileşmesi nedeni ile sanayi ve ev atıklarının havayı, suları ve toprağı kirletmesi de önlenememektedir. Bu kirlenme doğal dengeyi bozarak uzun vadede insan sağlığı için de büyük sorunlar yaratacaktır. (VI ve VIII. bölümlere bakınız).

Ana ve Çocuk Sağlığı :

Türkiye'de ana ve çocuk ölümleri, değil gelişmiş ülkelerden, birçok az gelişmiş ülkelerden de yüksektir. Türkiye'de ve diğer ülkelerdeki neonatal ve postneonatal ölüm hızları (Tablo 30'da) ana sağlığına ait veriler (Tablo 31'de) görülmektedir. (Şekil 7'de) de 0 - 4 yaş grubunda yaşa özel ölüm hızının İsveç'in 15 katı olduğu ve 15 - 44 yaş grubu kadınlarda standardize ölüm hızının yediye yükseldiği görülmektedir.

Tablo 30 — Türkiye'de ve Yabancı Ülkelerde Çocuk Ölümleri

Ülkeler	Yıl	Ölüm Hızı Neonatal (Binde)	Ölüm Hızı Post Neonatal (Binde)	Ölüm Hızı Bebek (Binde)
Türkiye	1975	37.6	74.4	112.0
Etimesgutt	1980	30.3	40.4	70.7
Madagaskar	1972	12.0	40.2	52.2
Tunus	1973	20.6	42.0	62.6
Arjantin	1974	24.5	34.4	58.9
Hindistan	1970	28.3	32.7	61.0
Pakistan	1968	63.2	61.1	124.3
Batı Almanya	1974	15.3	5.9	21.1
Romanya	1974	12.8	22.1	35.0
Portekiz	1974	20.9	17.0	37.9
ABD	1974	12.3	4.4	16.7
İsveç	1975	6.1	2.2	8.3

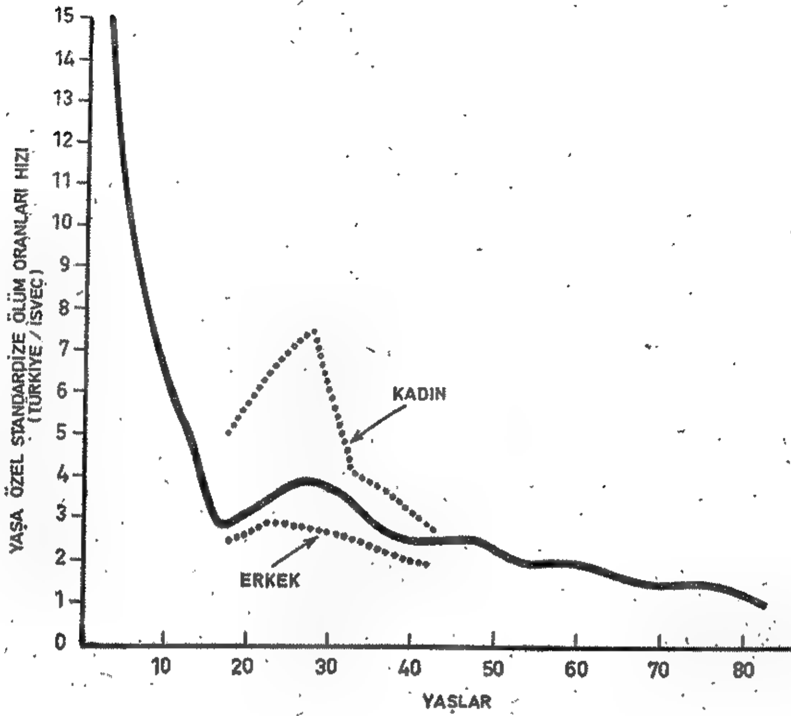
Tablo 31 — Çeşitli Ülkelerde Ana Sağlığı Düzeyi

Ülkeler	Ana Ölüm Hızı (Yüzbinde)	Standardize 15 - 44 Yaş Kadın Ölüm Hızı (1)	Perinatal Ölüm Hızı (Binde)	Oransal Ana Ölümleri (Yüzde) (2)
Türkiye	208	3.14	—	1.46
Meksika	114	2.35	29.5	1.45
Mısır	73	2.06	12.9	0.49
Macaristan	21	1.59	25.0	0.06
ABD	11	1.37	15.5	0.04
İsveç	6	1.0	9.6	0.005

(1) 15 - 44 yaş kadın ölüm hızları oranı (ülke/İsveç)

(2) Baz tüm kadın ölümleri.

Çocuk ölümlerinin yüksek oluşunun iki önemli nedeni kalori - protein yetmezliği (X. bölüme bakınız) ve hizmetten yoksun oluştur. Ana sağlığı düzeyinin düşük oluşunda da aşırı doğurganlık, çocuk düşürme, gebelikte bakımsızlık ve doğumların çoğunlukla ehliyetsiz kişiler yardımı ile yapılmasının büyük etkisi vardır.



Şekil 7 — Türkiye'de Yaşa Özel Standardize Ölüm Hızları.

Aile Planlaması :

Aşırı doğurganlık ülkemizin önemli mediko-sosyal sorunlarından biridir. (XII. bölüme bakınız). Bunun nedeni ailelerin fazla çocuk istemeleri değil, etkili gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmamasıdır. Bunda kültürün ve ülkemizin her köşesinde aile planlaması klinik ve eğitim hizmetlerinin halka sunulamamasının rolü vardır.

Bulaşıcı Hastalıklar :

Sağlık düzeyimizin gelişmiş ülkelere yaklaşması için infeksiyon hastalıklarının kontrolunda daha başarılı olmamız gerek (Tab-

lo 32'de) görüldüğü gibi Türkiye'de —özellikle genç yaşlarda— en önemli ölüm nedenleri, İsveç'ten farklı olarak infeksiyon hastalıklarıdır. Türkiye'de görülmekte olan bulaşıcı hastalıklar neden ve kontrol yönünden altı grupta toplanarak incelenebilir :

Tablo 32 — Türkiye'de İl ve İlçe Merkezleri İle İsveç'te Çeşitli Yaş Gruplarında En Çok Öldüren Beş Hastalık

Yaş Grupları	Türkiye (1979) Hastalık	Hız	İsveç (1978) Hastalık	Hız
0 - 4	Pnömoni	573	Konjenital anomaliler	60
	Diyare	329	Perinatal ölüm nedenleri	59
	Neonatal dönem hasttl.	301	Kalp hastalıkları	11
	Infeksiyon hastalıkları	274	SS ve D.O. hastalıkları	9
	Kalp hastalıkları	63	Neoplazmlar	6
5 - 14	Kazalar	19	Kazalar	10
	Pnömoni	11	Lösemi	3
	Kalp hastalıkları	9	Diğer neoplazmlar	3
	Diyare	5	Malformasyonlar	2
	Infeksiyon hastalıkları	4	SS ve D.O. hastalıkları	2
15 - 44	Kazalar	43	Kazalar	47
	Kalp hastalıkları	21	Neoplazmlar	17
	Neoplazmlar	17	Kalp hastalıkları	11
	Infeksiyon hastalıkları	13	SS ce D.O. hastalıkları	2
	MSS damar lezyonları	10	Diyabet	2
45 ve üzeri	Kalp hastalıkları	1148	Kalp hastalıkları	1197
	Neoplazmlar	260	Neoplazmlar	602
	MSS damar lezyonları	244	MSS damar lezyonları	291
	Kazalar	51	Kazalar	127
	Infeksiyon hastalıkları	45	Pnömoni	86

Hız : Yüzbinde.

* Türkiye'de sıtmanın önlenemeyişinin nedenlerinin başında köy ve şehirlerde halkın —özellikle kırsal bölgelerde mevsimlik tarım işçilerinin— kolayca kullanabilecekleri sağlık örgütü bulunmayışı gelir. Böyle bir örgüt kurulursa, sürekli

ve etkin bir aktif sürveyyans hizmeti sağlandığı, kişi ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler geliştirildiği ölçüde sıtma toplumsal önemini kaybeder.

* Veremin toplumsal öneminin azalması sosyo - ekonomik gelişme, aşılama, hasta bulma ve tedavi programlarının daha ciddi bir biçimde yürütülmesi ile mümkündür.

* Difteri, tetanos, poliomiyelit gibi aşı ile önlenen hastalıkların görülegelmesi sağlık teşkilâtının görevini başaramamasındandır.

* Günümüzde Türkiye için önemli bulaşıcı hastalıklar su ve besinler ile bulaşan hastalıklardır. Bunların önlenebilmesi halkın sağlık kültürünün değişmesine, hükümetlerin ve halkın her eve su getirecek ve atıkları yok etme için tesis kuracak malî güç kazanmalarına ve yeter sayıda ve nitelikli teknik eleman yetiştirilmesine bağlıdır.

* Zoonozların önlenebilmesi veteriner örgütünün hayvanlar arasında hastalıkları başarı ile kontrol edebilmesine bağlıdır.

* Pnömoni ve enterit ölümlerine gelince; enterit tedavisi için ağızdan rehidratasyon sıvısı kullanma ev halkı tarafından uygulanan yöntem haline getirilmeli, pnömoni ölümlerini önleyebilmek için de sıtma ve trahom savaşında olduğu gibi yardımcı sağlık personeli pnömoni teşhis ve tedavisi konusunda eğitilmeli, bunlara muayene ve tedavi yetkisi vererek yurt ölçüsünde büyük bir program başlatılmalıdır.

* Çocuk beslenmesini ve çevre koşullarını düzeltme ile sağlık eğitimi yavaş gelişen projeler olmakla beraber bu konuları da sistemli ve sürekli bir biçimde ele almak zorunludur.

İşçi Sağlığı:

Ülkemizde işçilerin sağlık ve güvenliğinin korunması ile ilgili mevzuatın 60 yıldan fazla bir geçmişi olmasına karşın işçilerin sağlık ve güvenliğinin korunması önemli bir sorun olarak süregelmektedir. Türkiye'nin hızla sanayileşmesi bir yandan sorunu büyütürken bir yandan da sorunun çözümünü güçleştirmektedir.

Ülkemizde işçi sağlığı ve güvenliği durumunu belirleyen istatistik veriler yeterli değildir. Bilgi kaynaklarından biri ve en önemlisi Sosyal Sigortalar Kurumunun istatistikleridir. SSK'nun yayınladığı 1981 yılı istatistiklerine göre sigortaya bildirilen kaza ve kaza sonucu ölüm hızları yüzde 7,5 ve onbinde 2,7'dir. Bu oranlar, gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir.

Meslek hastalıklarına gelince, bu hastalıkların haber verilmesi zorunlu ise de bir yandan teşhis güçlüğü ve diğer yandan ilgisizlik nedeni ile bu konudaki bilgi çok yetersizdir. Bazı işletmelerde yapılan taramalar silikozis, benzen zehirlenmesi ve kurşun zehirlenmesi gibi meslek hastalıklarının yaygın olduğunu göstermektedir.

İşçi sağlığı ve güvenliği sorununda başarısızlığın nedeni mevzuatın yetersizliği değildir. Sorun bu mevzuatı uygulayacak şekilde işyerlerine kadar uzanan bir örgütün kurulmamış olması ve ilgililerin konuya gereken önemi vermemeleridir. İşçiler, işverenler, bürokratlar ve hükümetleri denetleyen politikacılar, genellikle, sağlık hizmeti dendiği zaman bunu hastalanan veya kazaya uğrayan işçiye sağlık hizmeti sunmak biçiminde anlamaktadırlar. SSK'nun kurulmuş olması ile işçilerin sağlık sorunlarının çözümlendiği kanısı bazı çevrelerde yaygındır.

İşçi sağlığı ve güvenliği alanındaki çabaların gelişememesinde şu etkenlerin rolü vardır:

* İşçiler sağlık ve güvenlikleri için gerekli önlemlerin alınmasında ağırlıklarını, yeterince koymamaktadırlar. İşyerlerinde işçilerin de katıldığı «İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları» kurulmamış veya kurulanlar da işlerini yapmamaktadır.
* Bir kısım işverenler —özellikle küçük işletmelerde— işçinin sağlığının korunması ve güvenliğin arttırılmasını bir sorun olarak görmemekte ve bu iş için para harcamak istememektedirler.
* Ülkemizde işçileri hastalık ve kazalardan koruma hizmetinde çalışacak yetişmiş yeter sayıda hekim ve mühendis yoktur.
* İşçilerin sağlığını koruma ve işyerinde güvenlik önlemlerini aldırtmakla görevli olan Çalışma Bakanlığı bürokratları konuya gereken önemi vermemektedirler.

İşçi sağlığı ve güvenliği alanında bir hamle yapılabilmesi için yukarıdaki olumsuz etkilerin kaldırılması yanında yapılacak işler şunlardır:

* Küçük işyerleri dahil ülkemizdeki tüm işyerlerini sağlık ve güvenlik açısından sürekli olarak denetleyen —SSYB'nin sağlık ocaklarındaki gibi— bir örgüt kurulmalıdır.
* Kurulacak örgüt için gerekli hekim, mühendis, hemşire, teknisyen ve ilk yardımcılar yetiştirilmeli ve bunların görev talimatları geliştirilmelidir.
* İşyerinde hijyen sorunlarını ve meslek hastalıklarını saptamak için laboratuvar hizmetleri yurt ölçüsünde geliştirilmelidir.
* İşçilerin sağlık ve güvenlik sorunlarını ortaya çıkarmak ve çalışmaları değerlendirmek için araştırmacılık geliştirilmelidir.
* İşyerlerinde sağlık koşulları ile hastalık ve kazalar ile ilgili kayıtlar doğru ve eksiksiz olarak tutulmalı ve değerlendirme için bir merkezde toplanmalıdır.

Ruh Sağlığı :

Halkın ruh sağlığını korumak, ruh hastalarını tedavi ve rehabilite etmek her ülkede olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Ancak bulaşıcı hastalıklar ve ana - çocuk sağlığı sorunları gibi sorunlar öncelik alınca ruh sağlığı sorunları göreceli olarak ikinci planda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı konusuna gereken önemin verilememesinde sağlık personelinin eğitimlerinde kişilerin fizik yönden iyi halde olmalarının sağlanmasına ağırlık verilmesinin de etkisi vardır. Sağlık ocak hekimlerinin dikkati bu konuya çekilir, personele uygun eğitim verilir, Devlet hastanelerinde psikiatri servisleri açılır ve sağlık ocağı personeli sağlık eğitimi programları içinde bu konuya da ağırlık verirler ise ruh sağlığı hizmetlerinde bir atılım yapılabilir.

Okul Sağlığı :

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinden sorumlu olan Bakanlık «Millî Eğitim Bakanlığı, MEB» dir. Bu hizmet Maarif Nezaretine 1912 yılında verilmiştir. Zamanımızda okul sağlığı denince, ço-

cukların sağlığını korumak ve eğitime uyumlarını sağlamak için görme ve işitme bozukluğu gibi sağlık sorunlarını çözmek, okulda sağlık yönünden olumlu bir çevre yaratmak ve öğrencilere sağlık eğitimi yapmak anlaşılır. MEB Sağlık Örgütü'nün, okul yöneticilerinin, öğretmenlerin uygulamaları bunları sağlamaktan uzaktır. Uygulamaların ağırlığı hasta öğretmenlerin sağlık işleri üzerinde toplanmıştır. Eğitimde de bilgi aktarmakla yetinilmekte ,sağlığın korunması konusundaki bilgilere de gereken ağırlık verilmemektedir.

Yaşlıların Mediko - Sosyal Sorunları :

Ülkemizde yaşlıların bakımı, geleneksel olarak, ailelerinin sorumluluğundadır. Bir yandan sanayi çağı kültürüne geçişimiz, diğer yandan ortalama yaşam süresinin uzaması nedeni ile yaşlı nüfusun artması yaşlıların mediko - sosyal sorunlarının yakın gelecekle - çok önemli sorunlar arasına girmesine neden olacaktır. Günümüzde SSYB'nın açtığı birkaç huzurevi sorunun büyüklüğü yanında bugün bile yetersiz kalmaktadır. Yaşlıların mediko - sosyal bakımlarının Devletçe nasıl yapılacağını gösteren uzun vadeli bir plan yapılması gereklidir.

Diş Sağlığı : Ülkemizde şimdiye kadar önem verilmemiş konulardan birisi diş sağlığıdır. Türkiye'de 6790 diş hekimi mevcuttur. Diş hekimi nüfus oranı ileri ülkelere kıyasla 10 kez büyüktür. Mevcut diş hekimlerinin yüzde 79'u da serbest hekimlik yapmaktadır. Kamu sektöründe çalışanlarda diş tedavisi ile meşguldür. Ülkemizde diş sağlığı durumu üzerinde birkaç yerde yapılan sınırlı araştırma ve bir kısım öğrenciler üzerinde yapılan taramalardan başka sayısal bilgimiz yoktur. Bu araştırma sonucu da deneklerin diş sağlığının iyi olmadığını göstermektedir.

ULUSLARARASI İŞBİRLİĞİ

SSYB, ülkemizde sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF ile 1950'lerden bu yana işbirliği yapmakta, teknik ve malî yardım almaktadır. UNICEF'in çeşitli projeler için sağladığı araç, ilaç ve gereçlerin tutarı 13 milyon doların üzerindedir. SSYB örgütlerinde kullanılan motorlu taşıtlardan binden fazlası UNICEF'in hediyesidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yardımı, projelerin hazırlanması için uzman yollama, Türk sağlık personeline burs vererek onların yurt dışında eğitilmelerine yardım etmek biçiminde olmaktadır. DSÖ ve UNICEF'in Türkiye'de yardım ettikleri projelerin başında sıtma eradikasyon çalışmaları gelir. Bunun yanında, ana - çocuk sağlığı hizmeti ile beslenme ve süt programlarını geliştirmek, verem savaşı, trahom savaşı, lepra savaşı, halk sağlığı uzmanı, hemşire ve ebe gibi sağlık personeli eğitimi için okullara yardım gibi projeler de vardır.

SSYB aile planlaması hizmetlerini geliştirmek için son 20 yılda AID, Population Coruncil ve UNFPA'den 7,5 milyon dolar tutarında yardım almıştır.

XXIV. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ

İNGİLTERE

İngiltere'de tüm halka sağlık hizmeti sunmak 1946 yılından beri Devletin görevidir. Bu hizmetten parlamentoya karşı sorumlu olan sosyal hizmetler için Devlet Bakanıdır. Hizmet yerel örgütler tarafından yürütülür. Bu örgütler de Devlet Bakanına karşı sorumludur.

İngiltere Hükümetinin sağlık politikasında 1976'dan bu yana koruyucu hekimlik ve toplum katılımı (community care) konularına büyük ağırlık verilmektedir.

Yerel sağlık örgütleri, Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority) ve alt - bölge sağlık yönetimi (Area Health Authority) dir. Yerel örgütlerdeki birimler, hasta tedavi birimleri (hastaneler, aile hekim komiteleri, primer bakım ekipleri ve diş bakım hizmetleri) ile özel koruyucu hekimlik hizmet birimleridir.

Genel Pratisyenler: Pratisyenler devlet memuru değildir. İstediği yerde yerleşir ve istediği şekilde çalışabilir. Yerleştiği yerde yaşayan kimseler bu hekimi, kendilerine hekim olarak seçerlerse, bu hekim bölgenin aile hekim komitesi yolu ile Hükümetten kişi başına yıllık belli bir ücret ve bazı hizmetler için ek ücret alır. Hekimin listesindeki kişi hastalanırsa hekim onu evinde veya muayenehanesinde hergün ve günün her saatinde bakmak zorundadır. Bu hekimler koruyucu hizmet yapma, normal kişilerin periodik muayenesini yapma zorunda değildir. Hekimin, kendisini hekim olarak seçmek isteyen hastayı red hakkı da vardır. Bir hekim listesine 3000 den fazla kişi kayıt edemez. Genellikle hekimlerin listesinde 2000 kişi vardır.

Hastalanan kişiler acil durum dışında seçtikleri hekimden başkasına gidemezler. Genel pratisyen gerekli görürse hastasını hastaneye yollar. Hastane gerekirse yatırarak tedavi eder. Yatırma gerekmez ise hastane uzmanı hastayı gönderen hekime hastanın teşhisini ve nasıl tedavi edileceğini bildirir. Tedaviyi genel pratisyen yürütür. Hastaneden taburcu olan hastanın takip sorumluluğu da genel pratisyenindir. Hastaya yapılan hizmetler için —ilaç ve araçlar dahil— hasta para ödemez.

Hastaneler : Hastaneler iç yönetim bakımından bağımsızdır. Halk temsilcilerinin katıldığı bir yönetim kurulu tarafından yönetilir. Uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilir, Sağlık Bakanlığı tarafından atanır ve sabit maaşla çalışırlar. Hastane asistanları ve personeli yönetim kurulunca seçilir.

Hastaneler hasta bakımı için genel pratisyenlerle ve bölge (region) hastaneleri ile işbirliği yapar. Her bölgede bir tıp fakültesi vardır. Fakülteler kendi bölgelerindeki hekimlerin sürekli eğitiminden de sorumludur.

Temel Sağlık Hizmet Ekibi : Bu, İngiltere'de sağlık yönetiminde yeni bir yaklaşımdır. Bir yerde sağlık ile ilgili her görevlinin bir ekip içinde ve işbirliği halinde çalışabilmesi için görevliler —özellikle pratisyen hekim, gezici hemşire ve ebeler— aynı merkez binasında birlikte çalıştırılmaktadır.

Diş Hekimliği Hizmetleri : İsteyen diş hekimi aile hekimlik komitesi ile mukavele yaparak hastalara diş sağlığı ve tedavi hizmeti sunar. Hasta, istediği diş hekimine gidebilir. Diş hekimi yaptığı hizmetin ücretini komite kanalı ile hükümetten alır.

Koruyucu Hekimlik Hizmetleri : Bölge sağlık yönetimleri (local health authorities) koruyucu hekimlik örgütlerini kurmak ve işletmekle görevlidir. Yerel yönetimin sağlık ile ilgili hizmetleri şunlardır : Temel sanitasyon (su ve kanalizasyon), çevre kirlenmesini kontrol, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bağışıklama, sağlık laboratuvarları, ana - çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlılar için sağlık bakımı, bulaşıcı olmayan hastalıklarla savaş, ruh sağlığı, kazaların kontrolu, acil bakım hizmetleri (ambulans, kan bankası), ağız sağlığı ve sağlık eğitimi. Bölge sağlık yönetimlerinde sağlık işlerini uzman toplum hekimleri yürütür.

Sağlık Harcaması ve Durum : İngiltere'de sağlık harcamalarının yüzde 89.5'i devlet bütçesinden, yüzde 8'i işçi ve işverenden ve yüzde

2.5'u kişilerin yaptığı doğrudan ödemelerden karşılanır. 1979/80 yılında İngiltere'nin sağlık bütçesi 4.7 milyar İngiliz lirası (kişi başına 96 İngiliz lirası 28.452 TL.) idi. Bunun yüzde 93'ü cari harcama (kişi başına 89 İngiliz lirası veya 26.377 TL) dır. Cari harcamaların yüzde 74'ü hastanelerin harcamasıdır. 1976 yılında İngiltere'de bebek ölüm oranı binde 14, ana ölüm hızı yüzbinde 13, doğuşta beklenen yaşam süresi 73 yıl idi. İngiltere'de hekim, hemşire ve hasta yatağı oranları 648, 230 ve 123'tür (Tablo 33).

Tablo 33 — Beş Sanayileşmiş Ülkede Sağlık Durumu ve Harcamaları

		İngiltere	İsveç	Batı Almanya	SSCB	ABD
1. Doğuşta beklenen yaşam süresi	E+K	73	75	72	70	73
	E	70.2	72.5	69.2	.	69.4
	K	76.3	79.5	76.0		77.3
2. Bebek ölüm hızı (binde)		14	8	17	28	15
3. Kaba ölüm hızı (binde)		11	12	12	9	9
4. Kaba doğum hızı (binde)		12	12	10	18	15
5. Hekim başına nüfus		648	593	490	289	595
6. Hemşire başına nüfus		230	130	270	170	160
7. Hasta yatağı başına nüfus		128	71	240	82	159
8. Kişi başına millî gelir (dolar)		4420	9250	8160	3020	8520
9. Kişi başına sağlık harcaması (dolar)		58	95	?	58	163
10. Hükümet bütçesinden sağlığa harcanan (yüzde)		19.8	21.0	?	100	7.0

1 - 8 DST ve Dünya Bankası istatistiklerinden (1977 yılı).
9 - 10 DST yayınlarından (1961 yılı verisi).

İSVEÇ

İsveç'te halka her çeşit sağlık hizmetini sunmak İlçe Konseylerinin (County Council) görevidir. Sağlık harcamaları büyük ölçüde hükümet tarafından ilçe konseyleri yolu ile karşılanır. Sağlık sigortası kişinin hastalık nedeni ile gelir kaybını veya kişiye yanlış tedavi nedeni ile doğan zarar için tazminat öder. İsveç'teki İlçe Konsey sayısı 26 ve her Konseyin ortalama nüfusu 250.000'dir. Her İlçe Konseyinde bir sağlık yöneticisi

(County Medical Officer) vardır. İlçedeki bütün hastaneler ve sağlık merkezleri İlçe Konseyine bağlıdır.

Kırsal bölgede koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta - evde tedavi hizmetleri büyük ölçüde sağlık merkezinde yürütülür. Şehir ve kasabalarda bir kısım hizmetlerden, özellikle çevre sorunlarından, belediyeler ve bulaşıcı hastalıkların kontrolundan İlçe Sağlık Yönetimi sorumludur. Ana - çocuk sağlığı, işçi sağlığı ve güvenliği, yaşlılara sağlık hizmeti, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolu, kazaların kontrolu, ağız sağlığı ve sağlık eğitimi için aynı örgüt veya programlar vardır.

Ülke düzeyinde sağlık işleri Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı ile Ulusal Sağlık Kurulunun (National Health Board) görevidir.

Sağlık Merkezleri: Kırsal bölgelerde, 6000 nüfusa hizmet eden sağlık merkezleri vardır. Bu merkezlerde İlçe Konseyinin atadığı bir hekim ve iki ebe - hemşire çalışır. Hemşireler halk sağlığı hizmetleri ile evde hasta bakımından sorumludur. Hekimler koruyucu hizmetler ve ilk basamak tedavi hizmeti yaparlar. Hastalar hekime, Hükümet ve Tabipler Birliğinin saptadığı kadar ücret öderler ve ücretin 2/3'ünü sigortadan geri alırlar. Hastalar isterlerse bu hekimlere, isterlerse doğrudan hastaneye gidebilirler. Hastanede yatanların harcamasının tümü Hükümet tarafından ödenir. Köylere ve çiftliklere kadar her evde telefon olması hizmeti kolaylaştırmaktadır.

Sağlık Harcaması ve Durumu: İsveç'te sağlık harcaması millî gelirin yüzde 8.4'üdür. Bu harcama büyük ölçüde (yüzde 66) Hükümet ve İlçe Konseyince karşılanır. Harcamanın yüzde 13.5'i sigortanın ve yüzde 3.5'i kişinin doğrudan harcadığı paradır.

İsveç'in sağlık durumuna gelince beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, sağlık insan gücü ve tesisler gibi indekslere bakıldığında (Tablo 33) İsveç dünyada sağlığa en fazla para harcayan ülke olmamakla beraber sağlık düzeyi en yüksek olan ülkedir.

SOVYETLER BİRLİĞİ (SSCB)

SSCB'de sağlık hizmeti bir kamu görevi olarak hükümetler tarafından yürütülür ve finanse edilir. SSCB'de sağlık örgütlenmesine geçmeden önce hekim ve feldsherlerin yetişme ve görevlerine değinmek gerekir.

SSCB'de 4 ayrı çeşit tıp fakültesi vardır. Bunlar çocuk hekimleri, yetişkin hekimleri, koruyucu hekim ve diş hekimi (SSCB'de diş hekimine ağız hastalıkları hekimi denir) yetiştiren fakültelerdir. SSCB'de sağlık mühendisliği yoktur. Koruyucu hekimlik fakültelerinde yetiştirilen hekimler sağlık mühendisliği de öğrenir. SSCB'nin Dünya Sağlık Teşkilâtı'na yolladığı istatistiklerde hekim denince bu 4 grubu anlamak gerekir. Feldsher'ler, Çarlık döneminden beri yetiştirilen, sık görülen hastalıkları tedavi etmek ve koruyucu hizmetlerde kullanılmak üzere yetiştirilen yardımcı hekimlerdir. SSCB hekim gücü en yüksek olan ülkedir. 289 kişiye bir hekim düşer. Feldsher'ler de hesaba katılırsa 188 kişiye bir hekim veya feldsher düşer. SSCB'de hekimler sabit maaşla çalışır ve ücretleri nitelikli bir işçi kadardır.

Poliklinikler: Hasta tedavisinde temel birim polikliniklerdir. Kırsal bölgede her Uçastok (sağlık bölgesi) da bir poliklinik vardır. Bir Uçastok'un nüfusu 4.000'dir ve ortalama 7 hekim (çocuk hekimi, yetişkin hekimi, kadın doğum uzmanı ve diş hekimi) iki vardiye halinde çalışır. Bir hekim günde 6,5 saat çalışır ve ortalama 30 hasta bakması beklenir. Uçastok hekimleri evde ve ayakta ilk basamak tedavi hizmetini yürütür. Polikliniklerin bir kısmı hastane içinde, bir kısmı hastane dışındadır. Poliklinik hekimleri gerekli gördükleri zaman hastalarını hastaneye yollarlar. On Uçastok'un birleştirilmesi ile «Rayon» adı verilen örgüt oluşur. Şehirlerde her Uçastok'un polikliniği yoktur. Rayonlarda bir veya bir kaç poliklinik vardır. Ancak hekim sayışı nüfusa göre hesaplanır.

Uçastok poliklinikleri dışında işyerlerinde 1.500 - 2.000 işçiye koruyucu hekimlik ve tedavi hizmeti götüren poliklinikler vardır.

Sağlık İstasyonları: Nüfusun seyrek olduğu böglelerde sağlık hizmeti bir hekim veya feldsher'in görevli olduğu istasyonlarda yürütülür.

Ambulans Servisi: Acil vakalara müdahale ve hastayı hastaneye nakletmek için ayrı bir ambulans servisi vardır. Her 15.000 nüfus için bir ambulans tahsis edilmektedir. Her ambulansda bir hekim veya feldsher bulunur.

Hastaneler: Kırsal bölgedeki hastanelerin ortalama yatak sayısı 25, şehir rayonlarında 125, büyük şehirlerde (Oblast ve Krai merkezleri) 600 - 1000 yataklı genel veya özel dal hastaneleri (kanser, ruh hastalıkları hastanesi gibi) vardır.

Sanepid Örgütü : Çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetlerini yürütmek için «Sanepid» adı verilen bir örgüt vardır. Her rayon'da bir sanepid merkezi bulunur.

Çeşitli Koruyucu Hizmet Birimleri : Şehirlerde ana - çocuk sağlığı, tüberküloz ve kanser gibi sorunlar için özel merkezler vardır.

Rayon Sağlık Müdürlüğü : Rayon hastanesi başhekimi o rayon bölgesinde bulunan hastane, poliklinikler, sanepid merkezi, eczaneler ve —varsa— diğer kuruluşların âmiridir.

Oblast (veya Krai veya Otonom Cumhuriyet) Sağlık Mimürlüğü : Rayon sağlık müdürlükleri ve Oblasta (Krai veya Otonom Cumhuriyet) bağlı hastanelerin, sanatoryumların, araştırma merkezlerinin, laboratuvarların, sanapid merkezlerinin âmiri Oblast (Krai veya Otonom Cumhuriyet) Sağlık Müdürüdür.

Birlik Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı : Oblastların üzerindeki örgüttür. Bu Bakanlığa bağlı araştırma merkezleri, sürekli eğitim enstitüleri, tıp fakülteleri, diğer sağlık personelini yetiştiren okullar sanatoryumlar ve kaplıcalar vardır.

SSCB Sağlık Bakanlığı : Ülke çapında sağlık hizmetlerini planlama, cumhuriyetlere teknik destek, tıbbî araştırmalarda koordinasyon, ihtiyaçlar saptama, temin ve dağıtım ve uluslararası temaslar SSCB Sağlık Bakanlığının görevidir.

Sağlık Harcaması ve Durum : Dünya Sağlık Örgütü'nün son yayınlarına göre SSCB'de kişi başına sağlık harcaması 42 rubledir. Tüm sağlık harcamaları da devlet bütçesinden yapılmaktadır. (Tablo 33 de) görüldüğü gibi, SSCB sağlık örgütleri ve sağlık insangücü yönünden diğer dört ülkeden daha iyi durumda olmasına karşın sağlık düzeyi diğer ülkelerden daha düşüktür.

BATI ALMANYA

Kamu sağlık sigortası moelini titizlikle koruyan ülkelerden biri Batı Almanya'dır. Batı Almanya'da Federal Hükümetin sağlık alanında hemen hemen hiç yetkisi yoktur. Yerel hükümetlerin yetkisi ise yalnız koruyucu hizmetleri yürütmektir.

Tedavi hizmetleri 19. yüzyılda kurulan, kâr amacı gütmeyen herkesin geliri ile orantılı olarak prim ödediği ve kamu kuruluşu olan sigortalar (Kranken Kasse, hasta sandığı) tarafından finanse edilir. İlk basamak hizmet, bağımsız hekimler tarafından yürütülür. Hastaneler yerel hükümetlere, derneklere ve hayır kuruluşlarına aittir. Hastaneler, kendileri arasında bir federasyon çatısı altında, hekimler de bir sendikada birleşmişlerdir. Hekimler ve hastaneler ile sigorta kurumları arasındaki ilişkiyi sendika ve federasyon sağlar. Almanya'da çalışan herkes —çok zenginler hariç— sigorta olmak ve prim ödemek zorundadır.

İlk Basamak Tedavi Hizmeti: Sigorta, sigortalı herkese sigortalı olduğuna dair 3 ayda bir bir belge verir. Sigortalı bunu sigortada adı kayıtlı hekimlerden istediğine verebilir. Ancak hekim o kişinin sorumluluğunu almak istemez ise veya çok hastası varsa hastayı red edebilir. Kişi o üç aylık dönemde hastalanırsa o hekime gitme zorundadır. Hekim gerekli görürse hastayı başka bir uzmana veya hastaneye gönderebilir. Sigorta hekime her vizite, ev ziyareti, injeksiyon, laboratuvar muayenesi ve diğer hizmetler karşılığı para öder. Ödenecek ücret miktarını sigorta ve sendika tesbit eder. Bu sistem, hekim için kârlı bir sistemdir.

Hastaneler: Hastanelerde poliklinik yoktur. Hiç bir hasta —acil durum hariç— doğrudan hastaneye gidemez. Hastaneler sigortadan hastanın yattığı her gün için değişmeyen belli bir para alır. Bu miktarı sigorta ile federasyon birlikte tesbit eder. Hastanede hekimler, sabit maaşla çalışır ve —klinik şefi hariç— özel hasta bakamaz. Klinik şefleri parasını kendi ödeyen hastaları muayene ve hastanede tedavi edebilir ve onlardan ücret alabilir.

Koruyucu Hekimlik Hizmetleri: Yukarıda belirtildiği gibi koruyucu hekimlik hizmetleri yerel hükümetler tarafından yürütülür. Örgütlenme diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibidir ve hükümetler tarafından finanse edilir.

Son yıllarda ilk basamak hekimleri, sigortadan ücret alarak, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmet yetkisi almışlardır. Sağlam gebelerin yılda 2, bebeklerin yılda 4 ve 45 yaşını aşanların yılda bir kere periodik muayene ücretini sigorta hekime öder.

Sağlık Harcaması ve Durumu: Batı Almanya'nın toplam sağlık harcaması bilinmemektedir. Nüfusun yüzde 92'sinin tedavi hizmetleri harcamasını sağlayan hastalık sandıklarının kişi başına harcaması yılda 1.142 mark (91.125 TL.) ve toplam harcama millî gelirin yüzde 6'sıdır.

Batı Almanya'nın sağlık durumuna gelince, (Tablo 33'de) görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri Devlet tarafından yönetilen İngiltere ve İsveç düzeyinde değildir.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ

Kişilerin tedavi hizmetlerinden yararlanmasının bir kamu sorunu olduğu gerçeğine karşı en büyük direnç A.B.D.'de görülmektedir. A.B.D. de 1920'lere kadar ihtiyarî özel sigorta bile kurulamamıştır. Hastalanan hekime veya hastaneye para ödeme zorunda idi. Depresyon yıllarında hekim ve hastaneler hastalara gönderdikleri faturaları hastaların ödeyememesi üzerine Mavi Haç ve Mavi Kalkan adlı iki özel sigorta şirketi kurmuşlardır. Bu sigortalara herkes aynı primi öder ve hastalanınca sigorta hastanın tüm harcamasını değil, bir kısım harcamasını karşılar. Bundan sonra kâr amaçlı özel sigorta şirketleri de sağlık sigortası yapmağa başlamıştır. Bunlar fazla risk altında olanları ya sigorta etmez veya yüksek prim alır. Bu durum A.B.D.'de sağlık sigortasının sosyal güvenlik ve dayanışma ilkesine de ters düştüğünü gösterir. Dar gelirli ve yaşlıların çok zor durumda olmaları nihayet A.B.D. kongresini etkileyebilmiş ve 1965 yılında kabul edilen iki kanunla bunların sağlık harcamalarının hükümet tarafından ödenmesi esası kabul edilmiştir. Hastane ve hekimlere ücret —kişi, hükümet veya sigorta tarafından olsun— hizmet başına ödenir.

A.B.D.'de sistemin hatasını gören ilerici hekimler değişiklik yapılması için çaba harcamaktadırlar. Sağlık Bakan Yardımcısı 1979 yılında verdiği bir demeçte şöyle demiştir: «A.B.D.'de kamu ve özel sağlık hizmetleri sistemini, kamu yararına ve kamu gereksinmesine göre yaşatacak ve sürdürecek bir düzenleme mekanizmasının kabul edilmesi, kanımca, kesin bir zorunluluktur» 1976 - 1980 yıllarında Cumhurbaşkanı olan Carter, seçim kampanyasında zorunlu sağlık sigortası sistemini getireceğini vadetmiş ise de gerçekleştirememiştir.

Koruyucu Hekimlik Hizmetleri: Bu hizmetler her ülkede olduğu gibi A.B.D.'de de hükümetin görevidir. Ancak A.B.D. federal bir devlet olduğundan bu görevler Federal Hükümetten, devletlere, şehirlere (city) ve ilçelere (county) kadar dağılmıştır.

Sağlık Harcaması ve Durum: A.B.D. kamu kuruluşları ve halkı sağlık için çok para harcamalarına ve tıp teknolojisinin en yüksek olduğu

hastaneler bulunmasına karşın (Tablo 33'de) görüldüğü gibi sağlık durumu İsveç ile kıyaslandığında yaşam süresinin daha kısa olduğu, bebek ölümlerinin daha yüksek olduğu görülür. Bu toplumsal yönden A.B.D. halkının sağlık düzeyinin İsveç halkının sağlık düzeyinde olmadığı anlamına gelir.

XXVI. ULUSLARARASI İŞBİRLİĞİ

Uluslararası Kongreler :

Veba ve kolera gibi büyük salgın yapan hastalıkların ülkeden ülkeye sıçramasını önlemek için ülkeler sağlık alanında uluslararası işbirliği gereğini duymuşlardır. İlk toplantı, Fransız Hükümetinin daveti ile 1851 yılında Paris'te yapılmıştır. Bundan sonra 1892 yılına kadar 8 toplantı daha yapılmıştır. Kolera ve vebanın nedeni ve nasıl bulaştığı kesin olarak bilinmediğinden bu toplantılar yararlı bir sonuç vermemiştir. Koleranın nedeni ve bulaşma yolunun keşfinden sonra 1892 yılında yapılan 9'uncu toplantıda koleraya karşı ve vebanın nedeni ile bulaşma yolunun keşfinden sonra 1897 yılında yapılan 10. toplantıda da vebaya karşı limanlarda alınması gerekli önlemler kararlaştırıldı.

Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu :

1903 yılında yapılan 11'nci toplantıda karantina işleri için uluslararası sürekli bir örgüt kurulması önerildi. Bu konferansta alınan kararlar doğrultusunda 1907 yılında Roma'da yapılan bir toplantıda merkezi Paris'te bir örgüt (Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu, Burea International d'Hygiene Publique, OIHP) kurulması kararlaştırıldı. Bu toplantı sonunda hazırlanan belge «Roma Andlaşması» olarak bilinir. Paris'te kurulan OIHP'nin sürekli bir komitesi vardı. Bu komite OIHP'de görevli kişiler ile Roma andlaşmasını imzalayan ülkelerin temsilcilerinden oluşuyordu. XI. uluslararası toplantının bir özelliği de bundan önce yapılan anlaşmaların bu toplantıda bir sözleşme halinde birleştirilmesidir. Bu sözleşme, sağlık alanında, ilk uluslararası sözleşmedir.

OIHP'nin çalışmaları arasında dikkati çekenlerden biri, ülkeler arasında bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi alış verişini sağlayan bir büttenin yayınlanmasıdır. Birinci Dünya Savaşında OIHP'nin çalışmaları durmuş ise de bu bülten yayınlanmıştır.

Amerika Sağlık Örgütü:

OIHP'den önce, Washington'da 1902 yılında, kurulan Uluslararası Sağlık Bürosu (International Sanitary Bureau, ISB) bölgesel bir kuruluştur. Karantina işleri ile meşgul olacak bir örgütün kurulması için karar 1890 yılında ABD'de yapılan Amerikalılararası bir toplantıda alınmıştı. Bu örgütü kurmanın temel amaci insan sağlığından çok deniz ticaretini tehlikeye düşmekten korumktı. Amerika ülkeleri OIHP'ye üye olmakla beraber ISB'nin çalışmaları zamanımıza kadar sürmüştür. ISB'nın önemli kararlarından biri karantina önlemlerinin yetersizliği nedeni ile ülkelerin tüm sağlığı ile ilgilenme kararıdır.

ISB zamanla bugünkü Amerikan Sağlık Örgütüne (Panamerican Health Organization, PAHO) dönüşmüştür. PAHO İkinci Dünya Savaşından sonra Dünya Sağlık Teşkilâtı içine girmiş ve çalışmalarını tüm sağlık alanına yaymıştır. Bu çalışmalar arasında Latin Amerika ülkelerinde çeşitli sağlık konularında bilimsel araştırma yapan sekiz merkezin kurulması vardır.

PAHO'nun çalışmaları arasında en önemli yeri alanlardan biri de Sağlık Bakanları toplantısında alınan kararlardır. 1950 yılındaki ilk toplantıda alınan kararlar «Charter of Punta del Este» diye tanınmıştır. Sağlık Bakanları bu toplantıda on yıllık sağlık planları yapmak, herkese sağlıklı içme suyu sağlamak, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, bebek ölümlerini azaltmak için çalışmayı kabul etmişlerdir. Bu toplantı kararlarında sağlığın ekonomik, sosyal ve siyasal gelişmelerden etkilendiği de belirtilmiştir.

Kızılhaç Dernekleri Birliği (LRCS):

Amerikan Kızılhaç Örgütü Başkanı H. P. Davison, Kızılhaç Derneklerinin I. Dünya Harbi içindeki üstün hizmetlerinden esinlenerek çalışmaların harpten sonra sağlık alanında sürdürülmesi görüşünde idi. Davison bu görüşünü A.B.D. Başkanına ve galip devletlerin başkanlarına

kabul ettirmiştir. Bunun üzerine Kızılhaç Dernekleri Birliği (League of RCS) Nisan 1919'da Fransa'da Cannes şehrinde o yılların en tanınmış bilim adamlarının katıldığı bir toplantı düzenlemiştir. Bu toplantıda alınan karara göre Kızılhaç örgütleri barış zamanında da hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme ve halkın refahını yükseltme konularında uluslararası işbirliğini sağlayacaktır. LRCS bu işler için Cenevre'de bilimsel bir kurul kurmuş ve bu kurulun başkanlığına Yale niversitesi Halk Sağlığı Profesörü Dr. Winslow'u 3 yıl için atamıştır.

LRCS'nin Polonya ve Rusya'ya salgın hastalıklar ile savaş için ekip göndermek, OIHP ve Kavimler Derneği (Cemiyeti Akvam) ile işbirliği yapmak gibi çalışmaları vardır. Ancak LRCS düşünülen sağlık hizmetleri için gereken bağışları toplayamadığı için bu çabalar uzun ömürlü olmamış ve 1922 yılında sona ermiştir.

Kavimler Derneği:

Versay Anlaşmasının imzasından bir ay sonra yapılan konsey toplantısında Brezilya temsilcisi Gastao da Cunha uluslararası bir sağlık örgütü kurulmasını önerdi. Nisan 1920'de Londra'da toplanan sağlık konferansında Kavimler Derneğine (Cemiyeti Akvam, League of Nations) bağlı bir sağlık örgütü kurulması (International Health Bureau, IHB) kararlaştırıldı. Karara göre bu örgüt şu görevleri yapacaktı:

* Hastalıklar, salgınlar ve sağlık ile ilgili haberlerin ülkelerarası alış ve verişi,
* Karantina ile ilgili işler,
* İşçilerin sağlığının korunması için uluslararası iş örgütü (ILO) ile işbirliği,
* Kızılhaç Dernekleri Birliği ile işbirliği.

IHB, Cenevre'de kurulmuştur. Bu büronun yürütme komitesi üyeleri arasında o zamanki Türkiye Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Hüsamettin Kural da vardır.

OHIP', Kavimler Birliğinin kurduğu bu örgüte karşı çıkmış ve bu hareketi kendi yetki alanına saldırı saymıştır. OHIP ve IHB çatışması yıllarca sürmüş, ara bulmak için kurulan komitelerin çabası sonuç vermemiş ve OHIP çalışmalarını IHB'den bağımsız olarak sürdürmüştür.

İHB yukarıda belirtilen görevlerinden başka biolojik standardizasyon, sağlık istatistikleri ve epidemiolojik haber alma alanlarında da çalışmalar yapmıştır.

IHB, İkinci Dünya Savaşı sırasında ufak bir kadro ile çalışmalarını sürdürmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü :

1944 yılında San Fransisco Konferansı, uluslararası yeni bir sağlık örgütü kurulmasına ve Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Konseyi'nin (ECO - SOC) bu işle ilgilenmesine karar verdi. ECO - SOC, 1946 yılında bir sağlık konferansı topladı ve bu konferansta Dünya Sağlık Örgütünün (World Health Organization, WHO) Anayasasının taslağı hazırlandı. Bu konferans OIHP ve IHB'nin kapanmasını önerdi. OIHP bu karardan sonra 16 yıl daha mevcudiyetini sürdürdü. OIHP, Roma Andlaşmasını kabul eden üyelerin tümü 1952 yılında OIHP'den ayrılınca kapandı.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) resmî olarak 1948 yılında kuruldu. Bu örgütün anayasasına göre görevleri şunlardır :

* Uluslararası sağlık hizmetlerini yönlendirme ve koordine etmek,
* Birleşmiş Milletler ve örgütleri, hükümetler, meslek grupları ve gereken diğer örgütler ile sağlık alanında işbirliği,
* İsteyen hükümetlerin sağlık idarelerini güçlendirmek için teknik yardım,
* Sağlık meslek mensuplarının eğitim standartlarını geliştirmek ve personel eğitimi için hükümetlere yardım,
* Teşhis yöntemlerini standardize etmek,
* Epidemioloji, istatistik ve gerekli teknik hizmetler için örgüt kurmak ve bu hizmetleri geliştirmek,
* Besinler, aşı ve serumlar, farmasötikler için uluslararası standartları geliştirmek,
* Sağlık alanında bilimsel araştırmaları yürütme ve geliştirmek,
* Sağlık ile ilgili konularda meslek mensuplarına ve halka yayın yapmak.

Birleşmiş Milletlerin en geniş, köklü ve verimli örgütü olan WHO'nun merkezi Cenevre'dedir. WHO'ya üye ülkeler altı bölge halinde toplanmıştır. Bu bölgeler Avrupa, Amerika, Afrika, Doğu Akdeniz, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgeleridir. Bu bölgelerin merkezleri, aynı sıra ile, Kopenhag, Washington, Brazaville, İskenderiye, Yeni Delhi ve Manilla'dadır. Türkiye Avrupa bölgesi içindedir.

WHO'nun temel örgüt birimleri şunlardır:

* Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assebley, WHA): WHO'ya üye olan her ülkenin yolladığı delegelerden oluşur, yılda bir kez Mayıs ayında toplanır.

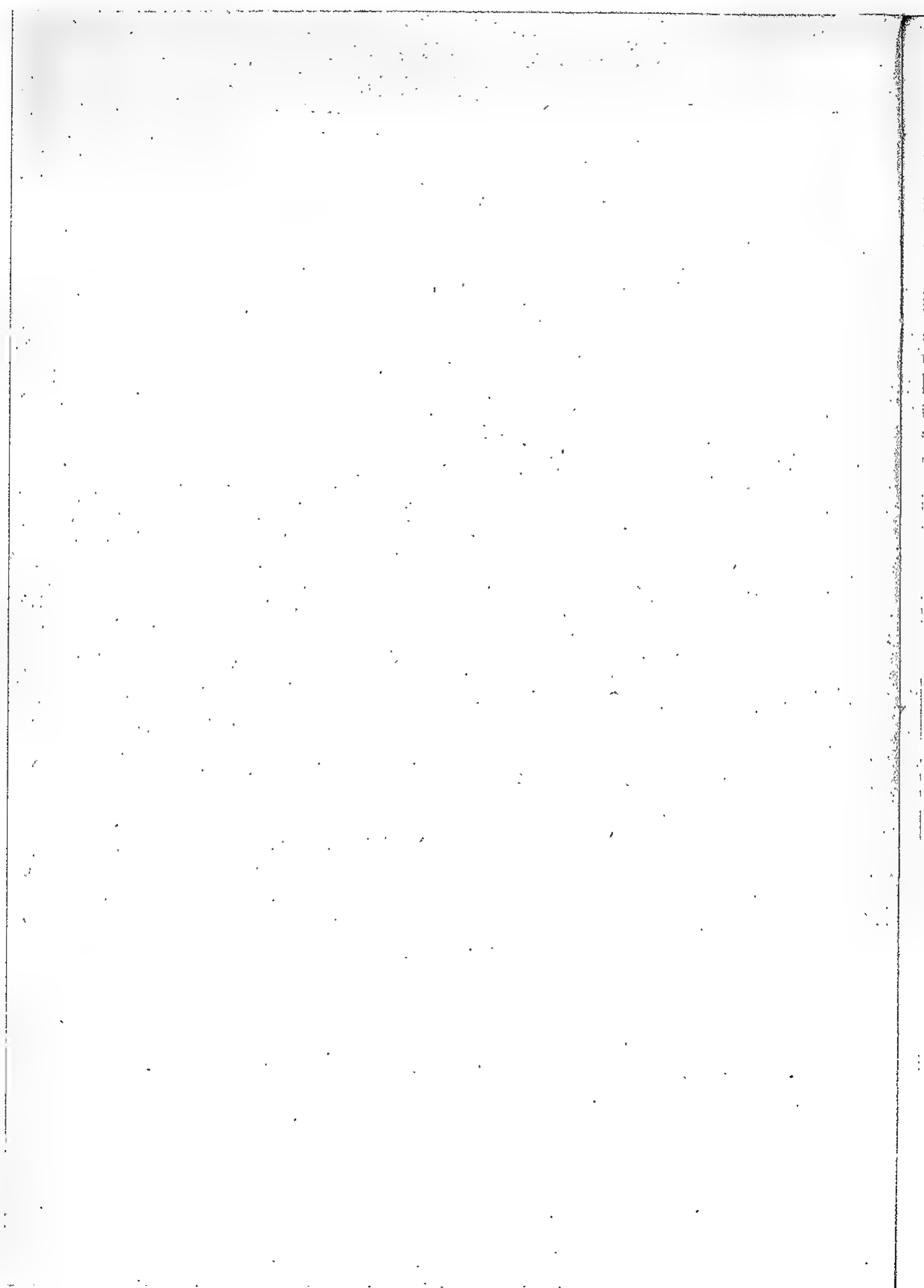
* İcra Komitesi (Executive Board): WHA tarafından dört yıl için seçilen 24 üyeden kurulmuştur.

* Genel Direktör ve Merkez Bürosu: Genel Direktör, WHA tarafından 4 yıl için seçilir.

* Bölgeler ve Bölge Direktörleri: WHO'nun altı bölgesinin birer bürosu ve Eylül aylarında bölge hükümetlerinin delegeleri ile toplanan bir komitesi vardır. Bütçe ve programlar konusunda Asambley'e yapılacak öneriyi bu komiteler hazırlar.

Diğer Örgütler: Birleşmiş Milletler topluluğu içinde sağlık ile ilgili konularda çalışan başka örgütler de vardır. Bunlar harp dolayısı ile göç zorunda kalan ve zarar gören halka yardım için kurulan UNRRA, çocuklara yardım için kurulan UNICEF (merkezi New York'ta), tarım ve beslenme işleri ile görevli FAO (merkezi Roma'da), aile planlaması hizmetlerini destekleyen UNFPA (merkezi New York'ta), çevre sorunları ile ilgili UNEP (merkezi Nairobi'de) ve gelişme programlarını destekleyen UNDP (merkezi New York'ta) dır. Çocuklara yardım için kurulan UNICEF 1950'lerden sonra çalışmalarını diğer sağlık alanlarına da yaymış, beslenme, verem, trahom ,lepra ve sağlık personeli yetiştirme gibi projeleri de destekleyen bir örgüt olmuştur.

EKLER



HALK SAĞLIĞI KONUSUNDA EK KAYNAKLAR

Genel Ders Kitapları :

Kitabın önsözünde belirtildiği gibi yazarın amacı öğrencilere ve Halk Sağlığı konusu ile ilgilenenlere konuyu tanıtmaktır. Bu alanda uygulamalara ve görüşlere ışık tutan ve konuları ayrıntılı olarak işleyen pekçok yapıt vardır. Bu bölümün amacı bunlar arasında yazarın seçtiği bazı kaynakları tanıtmaktır. Söz edilmeyen yapıtlar arasında da çok değerli olanların bulunabileceğini de belirtmek gerekir.

Ek okuma kaynağı olarak önerilecek kaynaklardan biri, J. J. Hanlon tarafından yazılan «Halk Sağlığı Yönetim İlkeleri»[1] adlı kitaptır. Aynı nitelikte ve bazı konularda daha ayrıntılı bilgi veren kitap da W. Hobson'un editörlüğünü yaptığı «Halk Sağlığının Teorisi ve Uygulamaları»[2] adlı kitaptır. Hobson'un kitabında her bölüm ayrı bir yazar tarafından ayrıntılı fakat derli toplu olarak sunulmuştur. Bu yapıtın ilk baskısının yarısı Hıfzıssıhha Okulu Öğretim Üyeleri tarafından Türkçeye çevrilerek yayınlanmıştır. Editörlüğünü Clark ve Mac Mahon'un yaptığı ve 39 yazar tarafından yazılan «Koruyucu Hekimlik»[3] adlı yapıt da yararlanılacak bir kitaptır.

Türkçe yayınlara gelince, Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik konularında Hirsh[4], Ural[5], Yalım[6], Velicangil[7], Yumurtuğ[8] ve Baykan'ın[9] ders kitapları vardır. Dilevurgun da İngilizce iki kitabı dilimize çevirmiştir[10, 11].

Tıp ve Halk Sağlığı konusunda tarihsel bilgiler için başvurulacak kaynaklar arasında Garrison'un «Tıp Tarihine Giriş»[12] ve Rosen'ın «Halk Sağlığı Tarihi»[13] adlı yapıtlar vardır. İslâmlarda ve Osmanlılarda tıp konusunda tüm dönemi kapsayan Türkçe kitap yoktur. Yayınların çoğu özel konu ve kişiler üzerindedir. Bunların neler olduğu Millî Kütüphane kataloğundan saptanabilir.

Sağlık İle İlgili İstatistik Bilgiler:

Çeşitli yabancı ülkelerin sağlık durumunu derli toplu sunan yayınlar içinde en önemli olan Dünya Sağlık Örgütü'nün her yıl yayınladığı «Dünya Sağlık İstatistikleri Yıllığı»[14] adlı 3 ciltlik kitaplardır. Birinci ciltte nüfus, kaba doğum ve ölüm hızları, ölü doğum, bebek, neonatal, post-neonatal ve perinatal ölümler, yaş, cins ve 150 başlıklı listeye göre sınıflandırılmış ölüm nedenleri ve çeşitli yaşlarda beklenen yaşam süreleri vardır. İkinci ciltte infeksiyon hastalıkları, üçüncü ciltte sağlık insan gücü ve hastalıklar hakkında bilgi verilmektedir.

Dünya Bankası da her yıl «Dünya Gelişme Raporu»[15] adı altında bir kitap yayınlamaktadır. Bu kitapta sunulan bilgilerin ağırlığı ekonomik göstergelere ait olmakla beraber nüfus, eğitim, beklenen yaşam süresi, çocuk ölümleri, beslenme, sağlık insan gücü gibi mediko - sosyal konularda da değerli bilgiler vardır.

Türkiye'de sağlık ile ilgili istatistik bilgiler Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yayınlanmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1931 yılından beri her yıl yayınlanan «İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler»[16] adlı yayındır. Bilir, bunları derleyip değerlendirerek yayınlamıştır[17].

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'da 1960 yılından beri, genellikle, 4 yılda bir «Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı»[18] nı yayınlamaktadır. Bu yıllıkta Bakanlığın ve diğer kurumların sağlık çalışmaları yanında insan gücü, tesisler ve sağlık göstergeleri konusunda veriler vardır.

Türkiye'de ölümler ve doğumlar konusunda yapılan ilk değerli araştırma Birinci Türkiye Nüfus Araştırmasıdır. Hıfzıssıhha Okulu tarafından yapılan ve yayınlanan bu araştırma sonuçları sağlık düzeyimizi saptama bakımından tarihsel değer taşır[19].

Devlet İstatistik Enstitüsü 1974 - 75 yıllarında İkinci Türkiye Nüfus Araştırmasını yapmıştır. Sonuçların tümüü yayınlanmamıştır. Yener'in bu araştırmaya dayanarak hazırladığı tezde Sağlık ile ilgili değerli bilgiler vardır[20].

Türkiye'de ölümler ve doğumlar konusunda yayınlanan son eser Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri tarafından yürütülen ve yayınlanan «Türkiye Doğurganlık Araştırması»[21] adlı yapıttır.

Türkiye'de ölümlük ve doğurganlık konusundaki demografik bilgileri derleyen çok değerli bir eser de Shorter ve Macura'nın yayınladığı «Türkiye'de Ölümlük ve Doğurganlık Eğilimleri, 1935 - 1975»[22] adlı eserdir.

Dünya Sağlık Örgütü Yayınları :

Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında en çok ve sürekli yayınlar yapan kurum Dünya Sağlık Örgütü'dür. İstatistik yıllıkları yanında 4 yılda bir yayınlanan «Dünya Sağlık Durumu»[23] adlı yayında her ülkenin sağlık durumu, örgütlenmesi ve sorunları hakkında bilgi bulunabilir. Dünya Sağlık Durumu ve Örgütün Çalışmaları konusunda Genel Direktörün yıllık raporlarında değerli bilgiler vardır[24].

Dünya Sağlık Örgütü 9 sürekli yayın (Dergi) yapmaktadır. Bunun yanında 11 seride toplanan bilimsel yayınlar 79 çeşitli Halk Sağlığı konusunu içermektedir. Bu seri yayınlar arasında Monograf serisi, sağlık yazıları serisi, teknik raporlar serisi ve mimeograf serisi vardır. 1947 - 1980 yıllarında 11 seride toplam 891 yayın yapılmıştır. İstenen bir konudaki yayınları bulmak için örgütün yayınladığı bibliografilere baş vurulmalıdır[25].

DSÖ merkezi yanında bölgelerin de —özellikle Avrupa (EURO) ve Amerika (PAHO) bölgelerinin— çok değerli yayınları vardır. Aranan yayını bulmak için bu örgütlerin yayınladığı bibliografilere baş vurulmalıdır[26].

Dünya Sağlık Teşkilâtı Avrupa Bölgesinin değerli yayınlarından biri Hogarth tarafından hazırlanan «Halk Sağlığı Sözlüğü»[27] dür.

Hekimlikte Çağdaş Görüşler :

Bu konuda ilginç bir yapıt Thomas More'un 15'inci yüzyılda yazdığı Utopia adlı kitaptır. Dilimize de çevrilen bu kitap okunmağa değer[28]. Bu konuda Katz'ın «Sağlık ve Toplum»[29] ve Ryle'nin «Değişen Disiplinler»[30] adlı kitapları da ilginçtir.

Türkiye'de halk hekimliği alanında yayınlar vardır[31]. Sosyal hekimlik hakkında başvurulacak kaynaklardan biri Timmer ve Hansma'nın «Batı Avrupa'da Sosyal Hekimlik, 1848 - 1972»[32] başlıklı yazısı ve «Uluslararası Sağlık Hizmetler Dergisi»[33] nde yayınlanan yazılardır.

Halk Sağlığı Bilim Dalları İle İlgili Kaynaklar :

Epidemioloji ve İstatistik : Halk Sağlığının temel bilim dallarından olan Epidemioloji alanında Bertan ve Tezcan tarafından dilimize çevrilen «Pratik Epidomioloji»[34] adlı kitap yöntem konusunda iyi bir yapıttır. Gülesin'in «Epidemioloji»[35] adlı kitabında yöntem bahsi kısa ve bulaşıcı hastalıklar ile savaş geniş yer alır.

İngilizce kitaplar arasında Mac Mahon'un «Epidemioloji: İlkeler ve Methot»[36] ile Morris'in «Epidemioloji'nin Kullanılışı»[37] klasik yapıtlardır. Sümbüloğlu'nun «Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik»[38] ile «Sağlık Alanında Özel İstatistiksel Yöntemler»[39] adlı kitapları bu konuda başvurulacak yapıtlardır. İngilizce kitaplar arasında Bradford Hill'in «Klinik ve Koruyucu Hekimlikte İstatistik Yöntemleri»[40] ve Daniel'in «Bioistatistik»[41] kitabına başvurulabilir.

Çevre Sağlığı : Hekimler için en iyi çevre sağlığı kitabı Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan «İnsan Çevresinde Sağlık Tehlikeleri»[42] adlı yapıttır. Bu kitap T. Alan tarafından dilimize çevrilmiş ve SSYB tarafından yayınlanmıştır.

Yukarıda söz edilen Türkçe ve İngilizce ders kitaplarında çevre sağlığına ait bilgi bulunabilir. Bunlardan başka Topuzoğlu'nun yazdığı «Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı»[43] kitabı «Şehir ve Köylerde Sanitasyon»[44] adlı İngilizce kitaba da baş vurulabilir.

Ana ve Çocuk Sağlığı : Bu konuda teknik bilgiler Pediatri ve Obstetrik kitaplarında vardır. Hıfzıssıhha Okulunun Sağlık Ocağı ebeleri için yayınladığı «Çocuk Sağlığı El Kitabı»[45] ve «Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı»[46] pratik değeri büyük kitaplardır.

Bağışıklama : Bağışıklık konusunda genel bilgi için Gülmezoğlu'nun yazdığı «Bağışıklığın Temelleri»[47] iyi bir kaynaktır. Aşılama konusunda başvurulacak kitap SSYB'nın yayınladığı «Aşı ve Serumlar»[48] adlı kitaptır.

Beslenme. Türkiye'nin beslenme durumu konusunda ayrıntılı bilgi Köksal ve Baysal'ın «Türkiye'de Beslenme»[49] adlı kitabında bulunabilir. Konuda ayrıntılı bilgi için Beaton ve Demgoa'nın «Koruyucu Hekimlikte Beslenme»[50] kitabına baş vurulabilir.

Aşırı Doğurganlığın Kontrolu : Bu konuda İngilizce çok yayın vardır. Hükümetlerin çalışmaları derlenmiş olarak Nortman ve Hofstatter'in hazırladığı «Nüfus ve Aile Planlaması»[51] adlı yayında bulunabilir. Bu konuda iki iyi ders kitabı Corsa ve Oakley'nin yazdığı «Nüfus Planlaması»[52] ve Thomlinson'un yazdığı «Nüfus Dinamiği»[53] adlı kitaplardır. Değerli yayınlardan biri de John Hopkins Üniversitesi Nüfus Bilgi Yayma Programının sürekli yayınladığı «Nüfus Raporları»[54] dır.

Türkçe yayın olarak Akın'ın editörlüğünü yaptığı «Aile Planlaması El Kitabı»[55] iyi bir kaynaktır. Akın ve arkadaşları IUD uygulaması için de İngilizce bir kitapçık yayınlamış ve bu kitapçık Türkçe, Fransızca ve İspanyolca'ya çevrilmiştir[56].

Kişisel Hijyen: Yukarıda söz edilen ders kitaplarında bu konuda bilgi vardır. Turner'in İngilizce «Kişi ve Toplumsal Sağlık»[57] adlı yapıtı güzel bir yapıttır.

Bulaşıcı Hastalıklar: Bulaşıcı hastalıkların kontrolu konusunda pratik değeri çok olan yapıt Amerikan Halk Sağlığı Derneği'nin yayınladığı «İnsanda Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolu»[58] adlı yapıttır. Her beş yılda bir yayınlanan bu yapıtın 1960 yılı baskısını Akyol dilimize çevirmiş ve SSYB tarafından yayınlanmıştır.

Sağlık Eğitimi: Türkiye koşullarına uygun olarak yazılan bir Sağlık Eğitimi kitabı yoktur. Bingöl, Pirrie ve Dalzell-Ward'un «Sağlık Eğitimi»[59] kitabını dilimize çevirmiştir. Halk Eğitimi konusundaki yapıtlardan da kısmen yararlanılabilir. Geray'ın Türkçe olan «Halk Eğitimi»[60] ve İngilizce «Halk Eğitimi»[61, 62] kitaplarından da yararlanılabilir.

Yönetim İlkeleri: Kamu yönetimi konusunda K. Fişek'in «Yönetim»[63] adlı kitabından yararlanılabilir. Türk bürokrasisi konusunda bilgi almak isteyenler K. Fişek'in editörlüğünü yaptığı «Türkiye'de Mülkî İdare Amirliği»[64] adlı kitaptan yararlanabilirler.

Sağlık Yönetimi konusunda Avrupa Konseyi tarafından yayınlanan «Avrupa'da Hekimlik Uygulamalarının Geleceği»[65] adlı kitapta ilgi çekici bilgiler vardır. Dünyada sağlık durumu ve örgütlenme konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün dört yılda bir yayınladığı «Dünya Sağlık Durumu»[23] ve DSÖ Avrupa bölgesinin yayınladığı «Avrupa'da Sağlık Hizmetleri»[66] değerli iki kaynaktır.

Tarihi biraz eski olmakla beraber finansman konusunda Abel-Smith'in yazdığı ve DSÖ'nün yayınladığı «Uluslararası Sağlık Harcama Araştırması»[67] başlıklı yapıt metodoloji öğrenmek ve bilgi bakımından değerlidir.

Sağlık düzeyinin ölçülmesi konusunda Holland, Ipsen ve Kostrzewski'nin editörlüğünü yaptığı «Sağlık Düzeylerinin Ölçülmesi»[68] başlıklı kitapta, ayrıntılı bilgi vardır.

Osmanlılarda Sağlık Hizmetleri konusunda Akyay'ın «Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar»[69] adlı yapıtından yararlanılabilir.

Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetleri konusunda SSYB'nın yayınladığı «Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl»[70] ve «Sağlık İstatistik Yıllıkları»[18] adlı yayınlardan yararlanılabilir.

Sağlık mevzuatı içinde kanunları tam olarak bulmak mümkündür. Tüzük ve Yönetmelikler ise tam olarak ve bir arada yayınlanmamıştır. Eski fakat iyi bir kaynak Demirel ve arkadaşlarının 1969 yılında yayınladığı «Sağlık Mevzuatımız»[71] adlı yapıttır.

Işık ve Çubukçu'nun, «Kavram İndeksli Sağlık Kanunları»[72] kanun hükümlerini eksiksiz ve çabuk bulmağa yarayan iyi bir yapıttır.

Eren ve arkadaşlarının yazdığı «Sağlık Ocağı Yönetimi»[73] pratik değeri çok bir yönetim kitabıdır. Uluslararası Sağlık Örgütleri konusunda da DST'nin «Chronicle»[74] dergisinde yayınlanan bir seri yazıya başvurulabilir.

KAYNAKLAR LİSTESİ

1. Hanlon, J. J. — *Principles of Public Health Administration*
   The C. V. Mosby Co. (1969)
2. Hobson, W. — *The Theory and Practice of Public Health*
   Oxford University Press, London (1975)
3. Clark, D. W. and Mac Mahon, B. — *Preventive Medicine*
   Little Brown and Co. Boston (1967)
4. Hirsh, J. ve Erel, M. — *Hıfzıssıhha Ders Kitabı*
   İstanbul Üniversitesi Yayını No. 34, (1938)
5. Ural, Z. F. — *Koruyucu Hekimlik : I. Hijyen ve Sanitasyon*
   A. Ü. Tıp Fakültesi Yayını No. 141 (1964)
6. Yalım, Z. — *Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı : I. Sanitasyon*
   İstanbul Üniversitesi Yayını No. 928, (1961)
7. Velicangil, S. — *Koruyucu ve Sosyal Tıp*
   Filiz Kitapevi, İstanbul (1980)
8. Yumurtuğ, S. ve Sungur, T. — *Hijyen ve Koruyucu Hekimlik*
   A. Ü. Tıp Fakültesi Yayını No. 393, Ankara (1980)
9. Baykan, N., Sungur, G. ve Bilgin, Y. — *Toplum Hekimliği*
   A. Ü. Tıp Fakültesi Yayını No. 339, (1976)
10. Similie, W. G. — (çeviren H. Dilevurgun) *Koruyucu Hekimlik ve Halk Sağlığı*
    SSYB yayın no. 139, Ankara (1948)

11. Frazer, W. M. and Stallybrass — (çeviren H. Dilevurgun) *Halk Sağlığı Bilgisi*
SSYB yayın no. 135, Ankara (1948)

12. Garrison, F. H. — *An Introduction to the History of Medicine*
W. B. Saunders Co., Phyladelphia (1963)

13. Rosen, G. — *A History of Public Health*
MD Publication Inc., New York (1958)

14. ———, *World Health Statistics Annual*
Vol. 1 Vital Statistics and Causes of Death
Vol. 2 Infectious Diseases (Cases)
Vol. 3 Health Personnel and Hospital Establishments.
World Health Organization, Geneva

15. ———, *World Development Report, 1980*
The World Bank, Washington DC (1981)

16. ———, *İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler*
Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını, Ankara

17. Bilir, N. — *Türkiye'de Standartlaştırılmış Ölüm Oranları, 1931 - 1976*
Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını No. 23, Ankara (1982)

18. ———, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı*
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, Ankara

19. Heperkan, Y. ve arkadaşları — *Türkiye Nüfus Araştırmasından Elde Edilen Hayatî İstatistikler, 1966 - 67*
Hıfzıssıhha Okulu Yayını, Ankara (1970)

20. Yener, S. — *1974 - 1975 Nüfus Araştırmasındaki Ölümlerle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi*
Hacettepe Üniversitesi Sağık Bilimleri Fakültesi Doktora Tezi, Ankara (1981)

21. ———, *Türkiye Doğurganlık Araştırması, 1978*
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü Yayını, Ankara (1980)

22. Shorter, F. C. and Macura — *Trends in Fertility and Mortality in Turkey, 1935 - 75*
National Academy Press, Washington DC (1982)

23. ——, *World Health Situation (II Volume)*
WHO Publications, Geneva (1981)

24. ——, *The Work of WHO 1980 - 81. Biennial Report of the Director - General*
World Health Organization, Geneva (1982)

25. ——, *Catalogue, WHO Publications, 1947 - 1980*
World Health Organization, Geneva (1981)

26. ——, *Euro Catalogue of Publications and Documents 1951 - 1980*
World Health Organization EURO, Copenhagen (1981)

27. Hogarth, J. — *Glossary of Health Care Terminology*
World Health Organization EURO, Copenhagen (1975)

28. More, T. — (çevirenler Eyüpoğlu ve Arkadaşları) *Utopia*
Çan yayınları, İstanbul (1968)

29. Katz, A. H. and Felton, J. S. — *Health and the Community*
The Free Press, New York (1965)

30. Ryle, J. A. — *Changing Disciplines*
Oxford University Press, London (1948)

31. a. Acıpayamlı, O. — *Türkiye'de Doğumlar İle İlgili Adet ve İnanmaların Etnolojik Etüdü*
Atatürk Üniversitesi Yayınları No. 15 (1961)
b. Türkdoğan, O. — *Doğu Anadolu'da Sağlık - Hastalık Sisteminin Toplumsal Araştırması*
Atatürk Üniversitesi Yayınları, No. 161, Erzurum (1972)

32. Timmer, M. and Hansma, J. — *Social Medicine in Western Europe (1848 - 1972)*
T. Soc. Geneesk. 53 (1975)

33. ——, *International Journal of Health Services*
Baywood Publishing Co. Inc., New York (1971 - 1982)

34. Bertan, M. ve Tezcan, S. — *Pratik Epidemioloji*
H. Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No. 10, Ankara (1979)

35. Gülesin, Ö. — *Epidemiology*
A. Ü. Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayını. No. 7, Ankara (1973)

36. Mac Mahon, B. and Pugh, T. F. — *Priniples and Methods of Epidemiology*
Little, Brown and Co., Boston (1970)

37. Morris, J. — *The Use of Epidemiology*
Churchill and Livingston Co., London (1975)

38. Sümbüloğlu, K. — *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik*
Yazarın özel yayını (1978)

39. Sümbüloğlu, K. — *Sağlık Alanında Özel İstatistiksel Yöntemler*
Ankara Tabip Odası Yayını No. 4, Ankara (1982)

40. Bradford Hill, A. — *Statistical Methods in Clinical & Preventive Medicine*
E & S Livingstone Ltd., Edinburgh (1962)

41. Daniel, W. W. — *Biostatistics - A Foundation for Analysis in the Health Sciences*
John Weily & Sons. Inc., New York (1974)

42. ——, *Health Hazards of the Human Environment*
World Health Organization, Geneva (1972)

43. Topuzoğlu, İ. — *Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı*
Hacettepe Üniversitesi Yayınları, No. A-27, Ankara (1979)

44. Ehlers, V. M. and Steel, E. W. — *Municipal and Rural Sanitation*
Mac Graw - Hill Book Co., New York (1965)

45. ——, *Çocuk Sağlığı El Kitabı*
SSYB Hıfzıssıhha Okulu Yayını, No. 1, Ankara (1981)

46. ——, *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı*
SSYB Hıfzıssıhha Okulu Yayını, No. 2, Ankara (1981)

47. Gülmezoğlu, E. — *Bağışıklığın Temelleri*
Hacettepe Üniversitesi Yayınları, No. A-16, Ankara (1983)

48. ——, *Aşı ve Serum Uygulama Rehberi*
SSYB Yayını, No. 428, Ankara (1980)

49. Köksal, O. ve Baysal, A. — *Türkiye'de Beslenme*
Hacettepe Üniversitesi Beslenme Enstitüsü Yayını, Ankara (1974)

50. Beaton, G. G. and Demegoa, J. M. — *Nurition in Preventive Medicine*
WHO Monograph Series no. 62, Geneva (1976)

51. Nortman, L. L. and Hofstatter, E. — *Population and Family Planning Programs*
A. Population Council Fact Book,
The Population Council, New York (1969 - 1980)

52. Corsa, L. and Oakley, D. — *Population Planning*
The Michigan University Press, An Arbor (1979)

53. Thomlinson, R. — *Population Dynamics*
Random House, New York (1965)

54. ———, *Population Reports*
The Johns Hopkins University Population Information Programme (sürekli yayın)

55. Akın, A. — *Aile Planlaması El Kitabı*
H. Ü. Halk Sağlığı A.B.D. Yayını (1982)

56. Gray, R. H., Akın, A. and Ramos, R. — *Manual for the Provision of IUD*
World Health Organization, Geneva (1980)

57. Turner, C. E. — *Personal and Community Health*
The C. V. Mosley Co., St. Louis (1971)

58. ———, *The Control of Communicable Diseases in Man*
American Public Health Ass., New York (1960)

59. Pirie, D. and Dalzell - Ward — (Çeviren G. Bingöl) *Sağlık Eğitim Dersleri*
SSYB yayın no. 311, Ankara (1966)

60. Geray, C. — *Halk Eğitimi*
A. Ü. Eğitim Fakültesi Yayını, No. 73, Ankara (1978)

61. Verner, C. and Booth, A. — *Adult Education*
Research in Education Inc., New York (1967)

62. Jensen, G. Liveright, A. A. and Hollenbeck, W. — *Adult Education*
Adult Education Association of America (1964)

63. Fişek, K. — *Yönetim*
A. Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No. 437, Ankara (1979)

64. Fişek, K. (Editör) — *Türkiye'de Mülkî İdare Amirliği*
Türk İdareciler Derneği Yayını No. 1, Ankara (1976)

65. Backer, P., Fişek, N. H., Grant, J. H. and Aujaleu, E. — *Future Organization of Medical Practice in Europe*
Council of Europe, Strasbourg (1973)

66. ———, *Health Services in Europe*
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

67. Abel - Smith, B. — *An International Study of Health Expenditure*
WHO Public Health Series no. 32, Geneva (1967)

68. Holland, W. E. et al — *Measurement of Level of Health*
WHO EURO no. 7, Copenhagen (1979)

69. Akyay, N. — *Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar*
H. Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No. 22, Ankara (1982)

70. ———, *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*
SSYB Yayınları No. 422 (1973)

71. Demirel, N. ve arkadaşları — *Sağlık Mevzuatımız*
Editörlerin özel yayını (1969)

72. Işık, D. ve Çubukçu, S. — *Kavram İndeksli Sağlık Kanunları*
Yazarların özel yayını, Ankara (1970)

73. Eren, N. ve Öztek, Z. (Editörler) — *Sağlık Ocağı Yönetimi*
A. Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayını No. 20, Ankara (1982)

74. Howard - Jones, N. — *International Public Health Between Two World Wars*
WHO Chronical no. 10 - 12 (1977) to no. 1 - 4 (1978)

YAZARIN HALK SAĞLIĞI VE NÜFUS SORUNLARI ALANINDAKİ DİĞER YAYINLARI

Fişek, N. H. — Çocukları Bulaşıcı Hastalıklardan Korumada İmmunizasyon ve Değeri
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1 (1 - 2), 20 - 32, (1958)

Fişek, N. H. — Pediatride Kemoprofilaksi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2 (4), 238 - 247, (1959)

Akyay, N. ve Fişek, N. H. — Türkiye'de Çocuk İmmunizlsyonu
Türk. Hij. ve Tec. Biol. Derg. 20 (3), 327 - 341, (1960)

Üner, R. ve Fişek, N. H. — *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Üzerinde Çalışmalar*
Sağık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Neşriyatı No. 256 (1961)

Üner, R. ve Fişek, N. H. — *Türkiye'de Doğum Kontrolü Üzerinde İncelemeler*
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No. 264 (1961)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Hekimliğin Müstakbel İnkişafı
Sağlık Dergisi, 35 (2), 3 - 4, (1961)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar
Planlama 1 (3), 55 - 65, (1962)
Sağlık Dergisi 37 (Mart) 1, (1963)

Fişek, N. H. — Köylerde Sağlık Hizmetleri (S., 13 - 26)
İstanbul Ana - Çocuk Sağlığı Semineri (1963)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Nüfus Meselelerinin Ele Alınış Tarzı ve Planlar
Sağlık Dergisi 38 (Mart), 5 - 18, (1964)

Fişek, N. H. — Nüfus Planlamasında Hükümetin Sorumluluğu
Sağlık Dergisi 38 (11 - 12), 3 - 8, (1964)

Fişek, N. H. ve Köksoy, R. — Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Gerektirdiği Harcamalar ve Programın Finansmanı (S., 5 - 10)
Hıfzıssıhha Okulu yayını, (1964)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Ana ve Çocuk Sağlığı Problemi (S., 9 - 15)
Ege Ana ve Çocuk Sağlığı Semineri, Derleyen S. Özgür ve arkadaşları. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No: 307, (1965)

Fişek, N. H. — Memleketimizde Hekimliğin Sosyal Cephesi (P. 1 - 8)
Ege Ana ve Çocuk Sağlığı Semineri, Derleyen S. Özgür ve arkadaşları. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No: 307 (1965)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Nüfus Planlaması
Tıpta Yenilikler
Eczacıbaşı İlaç Fabrikası Yayını (1967)

Fişek, N. H. — Sağlık İdaresinde Modern Eğilimler
20'nci Millî Tıp Kongresi Zabıtları, İstanbul (Eylül, 1968)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
21'inci Millî Türk Tıp Kongresi Zabıtarı, Bursa (Eylül, 1970)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesini Engelleyen Faktör (S., 1 - 10)
Türk Tabipler Birliği Yıllığı, (1970)

Fişek, N. H. — Koruyucu Hekimlikte İlaçlardan Yararlanma
Ansa Tıp Bülteni 4 - 5 - 8, (Mayıs, 1971)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Doğurganlık, Çocuk Düşürme ve Gebeliği Önleyici Usul Kullanma Arasında İlişkiler
Hacettepe Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi 4 (1), 86 - 97, (1972)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Sağlık Devrimi
Mimarlar Odası Dergisi 71 (9 - 10), 9 - 10 (1971)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Gebeliği Önlemek İçin Ailelerin Kullandıkları Usuller
Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni 5 (4), 352 - 359 (1972)

Fişek, N. H. ve Dirican, R. — Halk Sağlığında 50. Yıl (S., 1 - 22)
TÜBİTAK IV. Bilim Kongresi (Kasım, 1973)

Fişek, N. H. — Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri
Türk Tıp Ak. Mec. 9 (3), 9 - 27 (1974)

Fişek, N. H. — Dünya'da Nüfus Sorunu (S., 1 - 15)
Dünya'da ve Türkiye'de Nüfus Sorunları
Ekonomik ve Sosyal Konferans Heyeti Yayını (1974)

Fişek, N. H. — Ekonomik Kalkınma, Nüfus ve Hukuk (S., 3 - 10)
Ekonomi ve Hukuk Kongresi Zabıtları,
Türkiye Barolar Birliği Yayını (1975)

Fişek, N. H. — Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz
Ankara Tabip Odası Bülteni 1, 17 - 22, (Ekim, 1975)

Fişek, N. H. — Çin Halk Cumhuriyeti'nde Sağlık Yönetimi
Özgür İnsan 3 (27), 42 - 47 ve 3 (28), 53 - 57 (1976)

Fişek, N. H. — Genel Sağlık Sigortasına Niçin Hayır
Ankara Tabip Odası Bülteni 1 (4), 29 - 33 (Ocak, 1976)

Fişek, N. H. — Farkına Varılmayan Sağlık Sorunu : Çocuklarda Pnömoni Ölümleri
Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni 1 (8), 23 - 30, (1976)

Fişek, N. H. — Türkiye'nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları
Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni 1 (11 - 12), 28 - 37, (1976)

Fişek, N. H. — Sağlık Hizmetlerinde Geri Kalmışlığın Nedenleri
Özgür İnsan 4 (32), 31 - 35, (1976)

Fişek, N. H. — Eskişehir Bölgesinin Sağlık Durumu ve Sorunları (S.,1-15)
Eskişehir Bölgesi Halk Sağlığı Semineri
Eskişehir İ.T.İ.A. Yayını No: 161/103 (1976)

Fişek, N. H. — Hekimlikte Sürekli Eğitim
Türk Tıp Ak. Mec. 10 (4), 9 - 27, (1976)

Fişek, N. H. — Sağlık Alanında Sigortacılık
Özgür İnsan 4 (36), 49 - 54, (1976)

Fişek, N. H. — Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası
Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni 2 (17), 19 - 23, (1977)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geleceği
Özgür İnsan 6 (46), 15 - 18, (1977)

Fişek, N. H. — Hastalıklarla Savaşta Önceliklerin Saptanması
Toplum ve Hekim Sayı 1, 45 - 53, (1978)

Fişek, N. H. — Sosyal Hekimlik
Toplum ve Hekim Sayı 7, 10 - 16 (1978)

Fişek, N. H. — Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinde En Önemli Araç : Eğitim
Toplum ve Hekim Sayı 8, 19 - 27, (1978)

Fişek, N. H. — Çocuk Düşürmenin Önlenmesi Konusunda Bir Araştırma (S., 963 - 968)
TÜBİTAK VI. Bilim Kongresi
TÜBİTAK Yayını (1979)

Fişek, N. H. — Türkiye'de Aşırı Doğurganlık ve Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntemler (S., 97 - 112)
Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması
Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü Yayını (1978)

Tezcan, S. ve Fişek, N. H. — *Çocuk Düşürme Önemli Tıbbî ve Sosyal Bir Sorun* (31 sahife)
Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No: 12 (1980)

Fişek, N. H. — Tıp Fakültelerinde Öğretim Programlarının Geliştirilmesinde Çağdaş Görüşler
«Tıp ve Hemşirelik Eğitimi Simpozyumları» adlı kitapta.
İstanbul Tıp Kurultayı Yayını (1977)

Tezcan, S., Yaman, C. E. ve Fişek, N. H. — *Türkiye'de Çocuk Düşürme*
Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No: 13, Ankara (1980)

Fişek N. H. — Sağlık, Nüfus, Çevre
«Nüfus ve Çevre Konferansı» adlı kitapta.
Türkiye Çevre Sorunları Vakfı Yayını (1982)

Fişek, N. H. — Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları
«Modern Yönetim Semineri» adlı kitapta.
Türk - İş Yayınları No: 144 (1982)

Fişek, N. H. — Dünya ve Türkiye'de Nüfus Sorunu
Editörlüğünü A. Akın'ın yaptığı *«Aile Planlaması El Kitabı»* içinde.
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayınlarından (1983)

Fişek, N. H. — Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi
İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Konferansı (1983)

Fisek, N. H. — Health and Medical Service in Turkey.
In «*CENTO Conference on Teaching Preventive Medicine*» pp 235 - 242
Shiraz, Iran, (May 1961)

Fisek, N. H. — Ihe Contribution of Public Health Research to Development of Health Services.
In *UN Conference on the Application of Science and Technology for the Benefit of the Less - developed Area*» E/Conf. 39/F/83 (1962)

Fisek, N. H. — Responsibilities of the State in Family Planning.
In «*Sex and Human Relations*» pp 197 - 206
Excerpta Medica Foundation (1965)

Fisek, N. H. — Problems Starting a Program.
In «*Family Planning and Population Programs*» pp 297 - 304. Ed. B. Berelson.
Univ. of Chicago Press (1965)

Fisek, N. H. — Organisation et plan d'extension des services publics dans len pays en voie de developpement.
Revue medicale du Moyen Orient 22 (1) 11 - 19, (1965)

Fisek, N. H. — A new Institute at the Hacettepe Science Centre, Hacettepe Institute of Population Studies.
Turkish J. of Ped. 8 (4), 237 - 239, (1966)

Fisek, N. H. — The prospects of fertility planning in Turkey.
In «*Fertility and Family Planning : a World view*» Ed. S. J. Behrman et al. pp 467 - 477
Univ. of Michigan (1967)

Fisek, N. H. — Health planning in Turkey : as an example for developing countries.
Ann. Soc. Belge Med. Trop. 43 (3), 381 - 392, (1968)

Fisek, N. H. — Demographic surveys in Turkey.
In «*Turkish Demography : Proceedings of a Conference*» ed. F. C. Shorter and B. Güvenç, pp 1 - 18
Hacettepe Institute of Population Studies (1968)

Fisek, N. H. — A review of recent developments in medical education. In *«Proceedings of the 8th International Congress on Tropical Medicine and Malaria»*.
Teheran, 7 - 15 September, 1968.

Fisek, N. H. — Health care in Turkey.
In *«1968 World Medical Annual»* pp 57 - 58.
The Blakiston Division, Mc Graw Hill (1968)

Fisek, N. H. — Turkish experience in family planning and medical education. pp 107 - 108
J. Med. Educ. Pt. 2. Nov. 1969.

Fisek, N. H. & Shorter, F. C. — Fertility control in Turkey.
Demography Special Issue 5 (2), p 578 (1969)

Fisek, N. H. — The program of an Institute of Population Studies and its relationship to medical education and to a national family planning program. pp 47 - 54
In*«Teaching Family Planning»* ed. J. Leborn.
Josiah Macy Jr. Foundation (1969)

Fisek, N. H. — The population policy of Turkey (F. 4. 5, p 1 - 13)
In *«Proceedings of the IUSSP General Conference»* London, (1969)

Fisek, N. H. — The integrated approach ta health care : an example of Turkish national health services (pp 55 - 76)
In *«Team work for World health»* ed. G. Wolstenholme and M. O'Connor
J. A. Churchill, London (1971)

Fisek, N. H. — An epidemiological study on abortion in Turkey.
In *«Induced abortion - a hazard to public health»* ed. I. Nazer,
IPPF Beirut (1971)

Fisek, N. H. — Demographic patterns of population and society as determinants of medical education (pp 37 - 41)
In *«Education Tomorrow's Doctors»*
Fourth World Conference on Medical Education Inc. (1972)

Fisek, N. H. — Population policies (pp 138 - 148)
In *«Economic Growth in Developing Countries : material and human resources»*
Seventh Rehovot Conference. ed. Y. Ramati, Praeger Publishers,

Fisek, N. H. — Population Planning in Turkey : national and foreign priorities.
Int. J. Health Ser. 3 (4), 791 - 796 (1973)

Fisek, N. H. — An impact on health.
World Health (in English, French and German) pp 18 - 25 Oct. 1973.

Aujaleux, E., Baker, P., Fisek, N. H. & Grant, J. H. — *The Future Organization of Medical Practice in Europe.*
The Council of Europe (in English and French) p. 83. Strasbourg 1973.

Fisek, N. H. — Abortion in Turkey (pp 163 - 169)
In «*Abortion Research : International experience*» ed. H. P. David, Lexington Books (1974)

Fisek, N. H. — An integrated health/family planning program in Etimesğut District, Turkey.
Studies in Family Planning 5 (7) 210 - 220 (1974)

Fisek, N. H. — Medicine and Population Change (pp 43 - 54).
In «*Papulation Change - a strategy for physicians.* ed. L. S. Bloch. Assoc. of AMC. Washington, D. C. (1974)

Fisek, N. H. — *Research projects on auxiliaries and field and community workers in family planning programs.*
Research Series No. 2. p. 51, PNP - IBRD (1974)

Fisek, N. H., Sümbüloğlu, K., Benli, D. & Bertan, M. — Family formatio patterns and health : Etimesğut study area (pp 89 - 94)
In «*Family Formation Pattern and Health*» ed. A. R. Omran and C. C. Standley.
World Health Organization, Geneve (1976)

Fisek, N. H. — «Modern trends in curriculum development in medical schools» (pp 3 - 18)
In «*Istanbul Medical Convention*» ed. O. Neyzi.
School of Medicine, Istanbul University (1977)

Fisek, N. H. — The principles of designing health care systems
In «*The applicability of European postgraduate health care training programmes and technical services for the developing countries*» ed. D. Robinson.
Liverpool School of Tropical Medicine (1978)

Fisek, N. H. — School of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey : fitting medical education to the needs of the community (pp 169 - 184)
In *Personnel for Health Care : case studies of educational programmes»* ed. F. M. Katz & T. Fulop.
Public Health Papers Series 70 (in English and French) WHO Geneva (1978)

Fisek, N. H. and Sümbüloğlu, K. — «The effects of husband and wife education on family planning in rural Turkey»
Studies in Family Planning 9 (10 - 11) pp 280 - 285 (1978)

Fisek, N. H. — «Socio-economic factors in metarnal health» (pp 207 - 228).
Pub. Al Azhar University in Arabic, titled *«Al-Mumeti, Fil-Islam»* Cairo, Egypt (1978)

Fisek, N. H. and Gray, R. Family planning, where and how.
World Health pp 26 - 29, Aug - Sept. 1978 (pub. in English, French, Spanish and German).

Fisek, N. H. and Benli, D. — *Family Planning Education of Women and Men Etimesğut District.*
Pub. Inst. of Community Med. Hacettepe Univ. p. 16, Ankara (1979)

Fisek, N. H. — Nnwanted pregnancies and abortion.
Acta Reprod. Turc 1 (2) 61 - 68, (1979)

Tezcan, S., Carpenter - Yaman, E. E. & Fisek, N. H. — *«Abortion in Turkey»* p. 78.
Pub. Inst. of Community Med. Hacettepe University (1980)

Fisek, N. H., Erdal, R. & Poyraz, V. — Postpartum amenorrhoea in Turkey.
Studies in Family Planning 12 (1), 40 - 44 (1981)

Fisek, N. H. — The role of service research in the planning and evaluation of family planning programmes.
To be published in the proceedings of the *International Seminar on medical demography research for evaluation of national family planning programmes*. Mexico City, 1982.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI YAYINLARI (*)

Yayın No.	*Kitabın Adı*	*Fiatı*
1	Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1967 - 1968 ve 1969 yılları Faaliyet Raporu (1970)	Ücretsiz
2	Etimesgut Sağlık Bölgesi 1970 Yılı Faaliyet Raporu ve Morbidite - Mortalite - Fertilite İstatistikleri (1971)	Ücretsiz
3	Bulletin of the Institute of Community Medicine 1970 (1971)	Ücretsiz
4	Etimesgut Bölgesi 1970 - 1972 Yılları Faaliyet Rporu (1973)	Ücretsiz
5	An Account of the Etimesgut Rural Health District 1970 - 1974 (1975)	Ücretsiz
6	Aile Kliniği Çalışmaları 1973 - 1974 (Yazanlar : Münevver Bertan, Ayten Egemen, Ahmet Tuncer) (1975)	Ücretsiz
7	Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1973 - 1975 Yılları Çalışma Raporu (1977)	Ücretsiz
8	Çubuk Bölgesi 1977 Yılı Çalışma Raporu (1979)	Ücretsiz
9	Diyareli Hastalıklarda Dehidratasyon (Sıvı Kaybından) Korunma ve Tedavi (DSÖ Yayımı, Çev: Ayten Egemen, Münevver Bertan) (1977)	Ücretsiz

(*) Bu yayınlar 1970 - 1982 yıllarında (Yayın No: 1 - 25) Toplum Hekimliği Enstitüsü, 1982 yılından sonra da Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi tarafından basılmıştır. Bu yayınlardan satın almak isteyenler H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'na başvurabilirler. İstenen yayın ödemeli olarak posta ile yollanır.

Yayın No.	*Kitabın Adı*	*Fiatı*
10	Pratik Epidemiyoloji (Yazan: D. G. P. Barker; Çev: Münevver Bertan; Sabahat Tezcan) (1979)	250,— TL.
11	Araştırma Özetleri (Tezler 1968 - 1979) Editör : Zafer Öztek (1980)	100,— TL.
12	Çocuk Düşürme : Önemli Tıbbî ve Sosyal Bir Sorun (Yazanlar : Sabahat Tezcan, Nusret H. Fişek) (1980)	25,— TL.
13	Türkiye'de Çocuk Düşürme (Yazan : Sabahat Tezcan) (1980)	150,— TL.
14	Abortion in Turkey (Yazanlar : Sabahat Tezcan, C. Carpenter Yaman, Nusret H. Fişek) (1980)	500,— TL.
15	Epidemiyolojide Araştırma Yöntemleri (Çev : Zafer Öztek) (1980)	100,— TL.
16	Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı (1981)	150,— TL.
17	The Rain, Ümit Kartoğlu (1982)	Ücretsiz
18	Alma - ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (Çev: Nevzat Eren) (1982)	50,— TL.
19	Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi (1982)	300,— TL.
20	Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar (Necmettin Akyay) (1982)	50,— TL.
21	Tüberküloz - Pratisyen Hekimler İçin El Kitabı (Yazan : Yılmaz Baykal) (1982)	100,— TL.
22	Sağlık Ocağı Yönetimi (Editörler : Nevzet Eren, Zafer Öztek) (1982)	400,— TL.
23	Türkiye'de Standartlaştırılmış Ölüm Oranları 1931 - 1976 (Yazan : Nazmi Bilir) (1982)	200,— TL.
24	Yurt Dışına Göç ve Sağlık (Yazanlar : Zafer Öztek, Münevver Bertan) (1982)	200,— TL.
25.	Sıtma Epidemiyolojisi (Yazanlar : Utku Ünsal, Nevzat Eren, Doğan Benli) (1982)	100,— TL.
26	Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı (Yazan : Uğur Gönül) Yayın No: 1 (1982)	100,— TL.